J. SAL

LES OLIGO ÉLÉMENTS CATALYSEURS

en pratique journalière

QUATRIEME EDITION



MALOINE S.A. ÉDITEUR

Jean SAL

Lauréat de l'Académie de Médecine (Médaille de Vermeil)
Diplômé de Puériculture
Diplômé d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail
Certificat de Sérologie
Membre de la Société Française de Biologie Médicale
Membre du Centre de Recherches Biologiques
Membre du Centre de Recherches Médico-Biologiques

LES OLIGO-ÉLÉMENTS CATALYSEURS EN PRATIQUE JOURNALIÈRE

Quatrième édition
corrigée

47 figures
dont 9 en couleur

MALOINE S.A. EDITEUR

27, rue de l'Ecole-de-Médecine - 75006 PARIS
1980

ISBN 2-224-00663-2

L'auteur tient à exprimer toute sa gratitude :

— au Docteur Jacques MENETRIER, ancien interne des Hôpitaux de Paris, fondateur du Centre de Recherches Biologiques, pour son enseignement amical, sans lequel ce travail n'aurait pu exister ;

— à tous les confrères, membres du Centre de Recherches Biologiques qui ont bien voulu lui faire part de leur propre expérience.

AVANT-PROPOS

Bien qu'utilisés depuis plus de trente-cinq ans, les oligo-éléments catalyseurs font encore figure de « nouveaux venus » dans la thérapeutique.

Cependant, et malgré le scepticisme de certains, les résultats obtenus grâce à ce traitement attirent de plus en plus l'attention des médecins... et aussi celle des malades.

D'autres ouvrages ont paru, qui ont fait connaître les principes de cette manière de traiter ainsi que les indications des catalyseurs.

Notre propos est de faciliter aux médecins praticiens qui l'ignorent encore, l'abord de cette thérapeutique en leur permettant de situer leur malade dans le cadre de la nosologie diathésique et, ce faisant, d'arriver à une thérapeutique catalytique raisonnée.

— I —

GÉNÉRALITÉS

Le but de cet ouvrage étant essentiellement pratique, nous éviterons à dessein les considérations théoriques, les données physico-chimiques ou pharmacologiques.

Les lecteurs qui voudront avoir des précisions sur ces sujets, auront la possibilité de les trouver dans des livres déjà parus et qui figurent dans la liste bibliographique, à la fin de ce volume.

Il nous semble cependant nécessaire, avant d'aller plus loin, d'essayer de dissiper certains malentendus :

A — Malgré l'originalité de sa conception et de ses méthodes, la « Médecine fonctionnelle » et son corollaire, la thérapeutique catalytique, ne prétendent pas être seules détentrices de la « vérité médicale ».

Loin de vouloir faire table rase des découvertes scientifiques modernes ou anciennes, cette nouvelle façon d'envisager les maladies et leur traitement se considère comme étant un moyen supplémentaire de venir en aide à nos malades. Elle a sa place dans l'arsenal thérapeutique général et, d'une façon plus spéciale, dans le traitement des maladies dites « fonctionnelles » qui deviennent, au fil des jours, de plus en plus fréquentes.

B — Il n'y a aucune incompatibilité entre la thérapeutique catalytique et les médications allo-

pathiques ou homéopathiques. Bien au contraire, il s'établit la plupart du temps une synergie entre le divers traitements, à la double condition :

a — que l'organisme ait conservé des facultés réactionnelles suffisantes ;

b — que celles-ci n'aient pas été « sidérées » par des médications trop violentes ou inopportunes.

... Mais là interviennent le savoir et le bon sens du médecin !

De quoi s'agit-il alors ?

Qu'il nous suffise d'indiquer ici :

. que les oligo-éléments utilisés en thérapeutique, agissent par une véritable catalyse, dans le sens où, en 1835, BERZELIUS en donnait déjà la définition, restée toujours valable.

Voici ce qu'écrivait BERZELIUS à ce sujet :

« Il est donc prouvé que plusieurs corps so-
« lubles et insolubles ont la propriété d'exer-
« cer sur d'autres corps une action très diffé-
« rente de l'affinité chimique. Au moyen de
« cette action ils produisent dans ces corps
« des décompositions de leurs éléments, aux-
« quels ils restent étrangers. Cette nouvelle
« force qui était inconnue jusqu'ici, est com-
« mune à la matière organique et inorgani-
« que. Je ne crois pas qu'elle soit une force
« tout à fait indépendante des affinités élec-
« trochimiques. J'appellerai cette force « force
« catalytique » et « catalyse » la recomposition
« des corps par cette force ».

. que l'action de ces oligo-éléments s'explique par :

a) leur place parmi les éléments dits « de transition » dans les classifications de MENDELEIEFF et de LOTHAR MEYER.

b) des caractéristiques électroniques particulières telles que la mobilité et la disponibilité en rapport avec une non saturation de leurs couches électroniques.

Si l'on tient compte de l'importance des oligo-éléments dans le système enzymatique, il est intéressant de rapprocher ces conceptions de la théorie exposée récemment lors d'un symposium de biochimie à Riga, par le Docteur Daniel E. KOSHLAND de l'Université de Californie (Berkeley) sur le fonctionnement enzymatique :

Selon le Docteur KOSHLAND, les enzymes ont la propriété de modifier la répartition des électrons gravitant autour des atomes situés au niveau de leur point d'impact, plaçant ainsi les molécules dans la meilleure situation possible pour que les échanges d'atomes, qui caractérisent toute réaction chimique, s'effectuent le plus rapidement possible.

— II —

HISTORIQUE

Dès le XVIIIe siècle, des chercheurs signalent l'existence de très faibles quantités de certains éléments minéraux dans les plantes et chez les animaux.

Ainsi en 1774, SCHULE découvre du manganèse dans des cendres végétales et VAUQUELIN en trouve (en 1806) dans des cheveux puis, un peu plus tard, dans des os.

Il faut attendre 1897 pour que Gabriel BERTRAND découvre le rôle que ce métal jouait dans l'activité d'une enzyme qu'il avait découverte trois ans plus tôt. A partir de ce moment, G. BERTRAND comprend que certains éléments, découverts çà et là en petites quantités, dans une plante ou chez un animal, peuvent jouer un rôle essentiel soit comme constituants d'enzymes, soit comme devant intervenir dans leur synthèse. Il entreprend leur étude systématique et en dresse la liste.

A la suite de ces travaux, poursuivis ultérieurement par les collaborateurs et les élèves de G. BERTRAND, une importance de plus en plus grande est accordée à ces « oligo-éléments » : en agriculture, en effet, et en médecine vétérinaire notamment, on a pu noter, par exemple, le rôle néfaste de la carence en manganèse tant pour les plantes que pour les mammifères, l'anémie provoquée chez certains animaux par la carence en cuivre ou en cobalt, etc...

Mais ce n'est qu'à partir des travaux que Jacques MENETRIER entreprend, en 1932, sur les différents « ter-

rains », qu'il est possible d'envisager les immenses possibillités des oligo-éléments en médecine humaine.

En effet, à cette époque, J. MENETRIER s'intéresse de près aux « terrains » et à la « réceptivité aux maladies ». Son attention se trouve attirée sur les oligo-éléments grâce à sa rencontre avec J. SUTTER, fils de J.U. SUTTER qui avait été lui-même élève de BROWN SEQUARD et de G. BERTRAND. Il poursuit ses études dans le cadre de la « Fondation CARREL » d'abord, et du Centre de Recherches Biologiques (qu'il fonde) ensuite.

Peu à peu, il arrive à une conception originale basée sur les notions suivantes :

— la « réceptivité aux maladies » dépend du terrain du malade ;
— cette réceptivité est en rapport avec les échanges organiques (en particulier oxydo-réduction et équilibre acide-base) ;
— cette réceptivité et, par conséquent, le « terrain » peuvent évoluer avec l'ancienneté de la maladie, l'âge du malade ou à la suite de certains facteurs extérieurs ;
— il est possible de modifier cette évolution en agissant sur les échanges organiques ;
— on peut influencer ces échanges organiques grâce à certains oligo-éléments tels que le manganèse, le cuivre, l'or, l'argent, le cobalt, le zinc, le nickel, etc...

Ces données ont pu être vérifiées expérimentalement, cliniquement et biologiquement. Elles sont également valables du point de vue statistique puisqu'elles reposent sur plus de 25 000 dossiers de malades.

Elles ont été vérifiées et confirmées depuis de nombreuses années par les collaborateurs et les élèves de J. MENETRIER d'abord, et ensuite par les nombreux médecins qui ont senti le besoin d'employer la thérapeutique catalytique.

— III —

DOMAINE D'ACTION DES OLIGO-ÉLÉMENTS CATALYSEURS

Nous avons dit plus haut que les oligo-éléments étaient un moyen supplémentaire entre les mains du médecin pour traiter certaines maladies, en particulier les maladies dites « fonctionnelles ».

En effet, notre arsenal thérapeutique est à l'heure actuelle très riche en moyens divers, très actifs, pour traiter des maladies organiques, lésionnelles.

Nous sommes moins bien pourvus lorsqu'il s'agit des maladies « des fonctions ».

Certes, lorsqu'il s'agit de maladies psychiques ou psychosomatiques, des progrès notables ont été faits grâce à la psycho-pharmacologie. Les résultats les plus précieux ont été obtenus dans les affections psychiques sérieuses, avancées, graves même : il est loin de notre pensée de minimiser leur rôle.

Cependant, les malades atteints de troubles psychiques mineurs, ceux justement qui ne sont pas (ou pas encore) du domaine du spécialiste psychiatre, mais qui viennent, de plus en plus nombreux, chercher secours auprès du médecin praticien, ces malades qu'on appelle couramment « les fonctionnels », ne tolèrent pas tous ni toujours les médicaments psycho-pharmacologiques. Et même, lorsqu'ils les tolèrent, qu'ils en ont éprouvé les effets bienfaisants, ils sont obligés bien souvent de continuer cette thérapeutique pendant un long laps de temps, car s'ils l'arrêtent les troubles reparaissent et parfois avec un phénomène de « rebond » (*).

---

* Il est intéressant de lire, à ce propos, l'excellent article de A. JACQUELIN « Quelques réflexions suscitées par la thérapeutique contemporaine ».
(Revue de Médecine Fonctionnelle 1971, p. 87-110).

De plus, les maladies dites « fonctionnelles » ne sont pas toutes des affections psychiques. C'est la raison pour laquelle J. MENETRIER préfère les appeler « maladies des fonctions ».

Que sont alors ces maladies et à quel domaine de la pathologie appartiennent-elles ?

Il est classique de diviser les états pathologiques en syndromes fonctionnels et maladies organiques, d'où, surtout depuis les travaux de BABINSKI, cette image de « maladie imaginaire » ou de simulation qui est projetée d'emblée sur le malade qualifié de « fonctionnel ».

Pour le Professeur H.P. KLOTZ, qui vient dans un récent article, prendre la défense de cette sorte de malades, « le fonctionnel c'est de l'organique ». Il écrit notamment :

> « ... le trouble fonctionnel, c'est-à-dire le trouble « de fonctionnement d'un organe non profondément « lésé, exige pour se produire, des modifications « neuro-secrétoires, des troubles vaso-moteurs, des « anomalies moléculaires, en somme une série de « manifestations organiques ; il mérite d'autant plus « d'être pris en considération qu'il est fréquent et « qu'à en ignorer la nature, on assure sa pérennité ».

En ce qui nous concerne et pour une meilleure intelligence de ce qui va suivre, nous préférons diviser les états pathologiques en trois catégories.

1) **Les maladies organiques graves** (ex : les cardiopathies, les néphropathies sévères, les hémopathies graves, les néoplasies etc...) : ces affections, de toute évidence, ne peuvent beaucoup varier sous l'action des oligo-éléments et ce n'est certes pas ici le domaine de la thérapeutique catalytique.

2) **Les maladies sans substratum lésionnel apparent :** en gros, tous ces états qui ne sont pas encore de vraies maladies mais qui risquent de le devenir

(ex : certaines asthénies « sine materia », certaines affections psycho-somatiques, certaines névroses, etc...)

3) **Les affections qui se trouvent entre les deux catégories ci-dessus :** il s'agit de malades présentant à la fois des troubles fonctionnels et des atteintes organiques, mais qui sont encore capables de réagir favorablement ; ces malades sont susceptibles de guérir ou, tout au moins, de retrouver en même temps une amélioration notable et des capacités socio-professionnelles normales.

Cette catégorie, située entre les maladies très graves (à évolution inéluctable vers un avenir des plus sombres) et les maladies fonctionnelles pures, constitue ce que nous avons déjà eu l'occasion d'appeler « *la zone de réversibilité* ». Cette « zone » est extrêmement large et englobe toutes les affections, quelle qu'en soit la classification nosologique, *du moment qu'elles se trouvent encore à un stade réversible.*

Ces deux dernières catégories de maladies, c'est-à-dire d'une part, les affections sans substratum lésionnel et, d'autre part, celles se situant dans la zone de réversibilité, forment ensemble les « maladies des fonctions ». C'est donc là le domaine d'action de la thérapeutique catalytique.

Bien entendu, si celle-ci est suffisante dans les maladies fonctionnelles pures ou dans certaines affections réversibles, dans d'autres cas une association thérapeutique peut être nécessaire. Dans ce dernier cas on assistera à une très intéressante synergie : ainsi on pourra constater que tel antibiotique ou telle médication rhumatologique par exemple, aura une meilleure action et ceci, bien souvent à des doses moindres. Ceci est facile à comprendre : le traitement de la fonction et, ipso-facto, l'amélioration des échanges organiques ne peuvent que favoriser la « cicatrisation » ou l'évolution favorable de la « lésion ».

— IV —

LA RÉCEPTIVITÉ AUX MALADIES

Comment peut-on expliquer ce large domaine d'action des catalyseurs ?

Quelle est, au fond, l'importance du facteur « terrain », notion qui semblait pourtant périmée depuis longtemps ? S'agit-il d'une vue de l'esprit ? Et les résultats obtenus ne seraient-ils pas comparables aux fameux pourcentages habituels d'effets heureux des « placebos » ?

Les nombreux dossiers de malades guéris ou notablement améliorés, dossiers se trouvant soit au Centre de Recherches Biologiques, soit entre les mains des médecins qui, comme l'auteur de ces lignes, se servent des oligo-éléments depuis de nombreuses années, sont là pour faire justice de l'hypothèse des oligo-éléments « placebos ».

Quant au facteur terrain, quelques réflexions permettront je pense d'attirer l'attention sur son importance.

Nous n'insisterons pas sur la notion d'immunité naturelle face aux maladies infectieuses. Elle est connue et fait sans doute partie de notre capital génétique. C'est déjà une manifestation du « terrain ».

Nous n'insisterons pas davantage sur le fait bien connu que certains germes ne sont pathogènes que pour certaines espèces et pas pour d'autres (par exemple le bacille typhique n'est pathogène que pour l'espèce humaine).

Mais parlons de choses plus nouvelles : des travaux récents considèrent la polyarthrite rhumatoïde comme

une maladie auto-immune, en rapport ou non avec l'existence chez ces malades d'un « facteur rhumatoïde ». Or, non seulement ce facteur ne peut être mis en évidence dans 10-20 % des cas mais, de plus, selon des statistiques récentes, 15 à 20 % des polyarthrites chroniques évolutives se stabilisent ou guérissent. Comment peut-on expliquer que l'auto-immunité, une fois installée, puisse disparaître sans traitement immuno-suppresseur (comme c'est le cas le plus souvent, ce traitement étant réservé, à juste titre, aux cas les plus graves) ?

Prenons un autre exemple : comment peut-on expliquer que le même type de « stress » psychologique puisse déterminer chez l'un de l'agressivité, chez un autre, un état dépressif et qu'un troisième y reste indifférent ?

Qu'est-ce qui détermine ces façons différentes de réagir devant une maladie infectieuse, devant une affection rhumatologique, devant un « stress », etc... ?

Ne s'agit-il pas d'une qualité particulière de l'organisme, de ce fameux « terrain » dont parlait déjà Hippocrate ?

PASTEUR s'est vite aperçu que tel microbe ne poussait pas sur n'importe quel milieu de culture.

Jules BORDET a pu écrire :

« Le fait que, pour chaque agent virulent, il existe « une ou plusieurs espèces animales spécialement « réceptives... nous indique qu'une corrélation très « étroite existe indiscutablement entre les parti- « cularités qui distinguent l'armature protectrice « chez l'espèce considérée d'une part, et les carac- « tères agressifs propres au microbe en jeu, d'autre « part ».

Certes, nous savons bien que depuis de nombreuses années il a été « de bon ton » de considérer la notion de « terrain » comme étant incompatible avec la recherche

scientifique moderne. Ceci n'empêchait cependant pas de nombreux auteurs, qui reconnaissaient toutefois la validité de cette conception, de parler sinon de « terrain », du moins du « facteur constitutionnel ».

A l'heure actuelle, ces querelles d'école font partie du passé. En effet, certains parmi les plus grands noms de la science médicale, s'attachent à éclaircir ce problème.

Le Professeur M. LAMY, dans son récent ouvrage traitant des « Tempéraments et prédispositions aux maladies », parle d'une « personnalité biochimique » qui s'explique par « les commandes auxquelles obéit son « développement, celles des chromosomes et des gènes « chromosomiques, supports des caractères héréditai- « res ».

Par ailleurs, dans une récente publication, en analysant le « facteur de terrain » grâce à son concept des « maladies pluri-causales », le Professeur SELYE parle des agents « sensibilisateurs » et « provocateurs » et dit notamment :

« Après tout, il est bien connu que l'apparition d'une « maladie dépend autant de l'agent pathogène que « de la sensibilité de l'organisme à celui-ci ».

Plus récemment encore, le Professeur Albert DELAUNAY dans une interview accordée à la Revue de Médecine fonctionnelle, rappelle que si la notion de terrain avait été sous-estimée après les travaux de PASTEUR et des premiers bactériologistes, on sait aujourd'hui qu'une maladie infectieuse ne peut apparaître qu'après conflit entre l'organisme et l'agent infectant.

Il faudrait pouvoir reproduire « in extenso » cet entretien qui fait magistralement le tour du problème du terrain en microbiologie. Nous nous bornerons à citer seulement quelques phrases du Professeur DELAUNAY :

« Le terrain, pour moi, c'est un état de la matière « vivante qui résulte de la présence dans la cel-

« lule, de constituants chimiques divers et nom-
« breux. Un état relativement stable parce qu'il dé-
« pend, en dernière analyse, de facteurs génétiques.
« Mais un état aussi qui peut devenir instable parce
« que cent facteurs étrangers à l'organisme (par
« exemple des facteurs écologiques) ou inhérents
« à lui (concentration en hormones, en vitamines,
« etc...) peuvent à tout instant intervenir. L'état sta-
« ble c'est ce qui ferait qu'un organisme est nor-
« malement résistant ou sensible à une infection.
« L'état instable, c'est ce qui fait que sa résistance
« ou sa sensibilité — à travers l'action des anti-
« corps, des phagocytes et certainement d'agents
« encore inconnus — peuvent varier dans des limi-
« tes assez larges. Qui, en dernière analyse devrait
« pouvoir nous renseigner sur ces états ? Je ne vois
« guère qu'un spécialiste en dehors du bactériolo-
« giste : je veux parler du biochimiste ».

Dès 1932, J. MENETRIER avait compris que la notion du terrain était toujours valable. Il a essayé de faire une classification — qui était en même temps une simplification — de ces conceptions qui paraissent périmées ; il a pu grouper les malades selon leur terrain héréditaire, leur réceptivité ou résistance à certaines maladies, leur comportement physique et psychologique.

Il a ainsi déterminé, non seulement les diverses « Diathèses », mais a vu également que celles-ci pouvaient se modifier ou vieillir. Il a pu aussi mettre en évidence que ces diathèses étaient, pour leur partie variable, la manifestation d'un certain état biochimique dépendant lui-même des échanges organiques : équilibre acide-base et oxydo-réduction.

Il a découvert, en outre :

. que les oligo-éléments catalyseurs, ou tout au moins certains d'entre eux (par exemple le manganèse, le cuivre, le cobalt, etc...) seuls ou

associés, ont pour effet de permettre le passage d'une diathèse à une autre ;

. qu'à ces « catalyseurs principaux » s'ajoutent d'autres oligo-éléments, nécessaires également, mais ne jouant pas de rôle dans la détermination des diathèses ;

. que ces « oligo-éléments adjuvants » ont un tropisme électif et agissent par un phénomène également catalytique sur telle ou telle fonction organique (par exemple le fluor sur le métabolisme du calcium, l'iode sur le fonctionnement thyroïdien, le phosphore sur celui des parathyroïdes, etc...).

J. MENETRIER a pu ainsi individualiser, grâce à leurs caractéristiques cliniques, biologiques, physico-chimiques et au comportement psychologique, quatre « diathèses » principales, auxquelles s'ajoute un syndrome dit « de désadaptation ».

Nous allons essayer d'examiner de plus près ces « diathèses » et leurs caractéristiques physiopathologiques.

— V —

LES DIATHÈSES

Selon le « Dictionnaire des termes techniques de médecine » de Garnier et Delamare, « diathèse » est le nom sous lequel on désigne un ensemble d'affections atteignant simultanément ou successivement un même sujet, affections différant par leur siège anatomique et leurs symptômes cliniques, mais supposées de nature identique.

En médecine fonctionnelle, le mot diathèse est compris dans son sens étymologique de « disposition morbide », cette disposition déterminant chez le sujet qui la présente, un ensemble de caractéristiques cliniques et biologiques ainsi qu'un comportement physique et psychique bien particulier.

Cette prédisposition que le Professeur LAMY préfère appeler « personnalité biochimique » n'est pas immuable. Ce même auteur écrit :

« C'est le contraire qui est vrai : la connaissance « d'une sensibilité particulière, d'un terrain spécial, « ouvre la voie à l'action du médecin ».

Certes le Professeur LAMY estime que le médecin peut agir surtout sur le plan du milieu environnant, sur l'organisation sociale et hospitalière ainsi que sur les précautions spéciales que le médecin, la famille, la société sont appelés à prendre devant telle ou telle de ces « personnalités biochimiques ».

Nous pensons que tout ceci est nécessaire, indispensable même dans de nombreux cas. Il nous apparaît

seulement que, en plus, grâce aux possibilités catalytiques des oligo-éléments, nous avons une arme supplémentaire qui nous permet d'influer d'une façon active sur ces personnalités biochimiques.

Vues sous cet angle, les diathèses permettent de réunir d'une part ces tendances héréditaires et, d'autre part, le comportement physique et psychologique, selon certaines « catégories » de troubles fonctionnels ou organo-fonctionnels. Ces catégories pourront ainsi être influencées dans le sens d'une régulation par les catalyseurs oligo-métalliques ou métalloïdiques.

Pour effectuer ce classement en diathèses, il est nécessaire donc d'envisager, en dehors des tendances génétiques, les caractéristiques cliniques et biologiques ainsi que le comportement physique et psychique du malade.

On peut ainsi décrire les diathèses :

I — Arthritique ou allergique
II — Hyposthénique
III — Dystonique
IV — Anergique

A ces quatre diathèses se surajoute un syndrome particulier dit « de désadaptation ».

Chacune de ces diathèses est justiciable (dans un but de régulation) d'un oligo-élément ou d'un groupe d'oligo-éléments spécifiques.

Ainsi :

— La diathèse I (« Allergique » ou « Arthritique ») est sous la dépendance du *manganèse.*
— La diathèse II (« Hyposthénique ») nécessite l'emploi de l'association *manganèse-cuivre.*
— La diathèse III (« Dystonique ») comporte le traitement par le couple *manganèse-cobalt.*
— La diathèse IV (« Anergique ») impose la prescription du groupe catalytique *cuivre-or-argent.*

— Le syndrome de désadaptation peut être régularisé par les associations *zinc-cuivre* ou *zinc-nickel-cobalt.*

Ceci, bien entendu, est un schéma. En réalité il peut y avoir des formes associées entre deux diathèses différentes (suivant le facteur héréditaire) ou des formes de passage d'une diathèse à l'autre (évolution sous l'action d'un facteur extérieur ou du vieillissement). On prescrira alors simultanément, alternativement ou successivement, suivant les cas, deux ou plusieurs de ces catalyseurs (isolés ou associés).

Dans un but de systématisation cependant, nous allons décrire d'abord les différents symptômes, le comportement physique et psychologique, les données biochimiques qui caractérisent les diathèses ci-dessus énumérées, comme si elles se présentaient toujours à l'état « pur ». Nous verrons ensuite comment, en pratique courante, on arrive — facilement — à poser le diagnostic diathésique.

LA DIATHÈSE I : ALLERGIQUE OU ARTHRITIQUE

C'est une diathèse « jeune ». Les phénomènes pathologiques sont aigus mais rarement graves. On y trouve les éléments suivants :

— **Troubles de la série allergique.**

— Migraines ;
— Urticaire à répétition ;
— Rhinites allergiques ;
— Oedème de Quincke ;
— Asthme allergique (caractérisé par des crises plus ou moins intenses, nettement séparées entre elles par des périodes libres, sans fond bronchitique chronique ; les crises sont influencées — en bien ou en mal — par les

différences climatiques ou géographiques) ;
— Eczéma de sensibilisation, non infecté.

— **Symptômes rhumatologiques.**

— Arthrites douloureuses, parfois aiguës, peu ou pas déformantes, non ankylosantes (sauf très tardivement), récidivantes ;
— Algies erratiques ;
— Névralgies essentielles (par exemple sciatiques, intercostales, etc...).

— **Troubles cardio-vasculaires.**

— Palpitations ;
— Douleurs précordiales aiguës et fugaces (type « point au cœur ») ;
— Tachycardie émotionnelle ;
— Hypertension artérielle fonctionnelle mal tolérée (avec céphalées, troubles rétiniens, labyrinthiques et auditifs) ;
— Hypotension artérielle essentielle.

— **Troubles génitaux.**

— Hyperménorrhée ;
— Dysménorrhée.

— **Troubles endocriniens.**

— Dysthyroïdies fonctionnelles (en particulier de type « hyper »).

— **Comportement physique.**

— Asthénie paradoxale du matin ;
— Asthénie améliorée par l'activité ou même l'effort physique, plus particulièrement au grand air.

— **Comportement intellectuel.**

— Troubles de la mémoire.

— **Comportement psychologique.**

— Nervosisme ;
— Irritabilité pouvant aller jusqu'à l'agressivité ;
— Optimisme ;
— Dynamisme ;
— Esprit d'entreprise ;
— Emotivité ;
— Timidité ;
— Trac ;
— Tics.

— **Antécédents familiaux.**

— Allergies ;
— Affections rhumatologiques (du type décrit plus haut) ;
— Affections cardio-vasculaires (hypertension artérielle, ictus par exemple).

LA DIATHÈSE II : HYPOSTHÉNIQUE

Cette diathèse est caractérisée dans l'ensemble par une fragilité générale, un manque de résistance aux efforts physiques ou intellectuels, une certaine vagotonie. Les affections dont souffrent les sujets appartenant à cette diathèse, prennent souvent des formes chroniques. En voici les manifestations :

— **Troubles de type allergique.**

— Certains eczémas (associés généralement à d'autres symptômes de type hyposthénique) ;
— Asthme évoluant sur un fond de « bronchite

chronique », ne dépendant que peu ou pas du tout des facteurs climatiques ou géographiques.

— **Affections de l'appareil respiratoire (souvent récidivantes).**

— Rhinites et rhinopharyngites ;
— Laryngites ;
— Trachéites ;
— Bronchites ;
— Sinusites ;
— Otites.

— **Troubles de l'appareil génito-urinaire.**

— Cystites récidivantes ;
— Certaines leucorrhées.

— **Affections gastro-duodénales.**

— Entérocolite chronique ;
— Colites (transverse et gauche) ;
— Sigmoïdite ;
— Recto-colite.

— **Troubles endocriniens.**

— Certaines dysthyroïdies (surtout à type « hypo ») ;
— Hypoménorrhée.

— **Syndromes infectieux.**

— Adénite ;
— Pleurite ;
— Tuberculose
  — pulmonaire
  — intestinale
  — génitale.

— **Comportement physique.**

— Asthénie vespérale ;
— Fatigabilité physique.

— **Comportement intellectuel.**

— Fatigabilité intellectuelle ;
— Inattention ;
— Difficultés à se concentrer.

— **Comportement psychologique.**

— Pessimisme ;
— Instabilité
  — psychique
  — psycho-motrice.
— Dans certains cas
  — aboulie
  — hébéphrénie.

— **Antécédents familiaux.**

— Tuberculose ;
— Autres manifestations de la série hyposthénique.

LA DIATHÈSE III : DYSTONIQUE

Cette diathèse résulte la plupart du temps d'un « vieillissement » (fût-il prématuré). Elle est rarement primitive. Ses caractéristiques sont :

— **Troubles allergiques.**

— Certains eczémas (symétriques, à participation neuro-végétative) ;
— Certains œdèmes de Quincke (survenant no-

tamment lors de la période ménopausique ou post-ménopausique) ;
- Certaines formes de coryza spasmodique ;
- Certaines formes d'urticaire avec, dans certains cas, transformation licheniforme.

— **Affections rhumatismales.**

- Goutte ;
- Arthrose ;
- Certaines algo-neuro-dystrophies.

— **Symptômes cardio-vasculaires.**

- Sensation d'oppression thoracique ;
- Algies précordiales de type angineux ;
- Instabilité tensionnelle avec hypertension fréquente mais souvent labile ;
- Troubles circulatoires :
  - Hémorroïdes ;
  - Varices ;
  - Sensation de « jambes lourdes » en fin de journée ;
  - Paresthésie des membres ;
  - Oedème des membres inférieurs à la fatigue et par temps chaud ou « lourd » ;
  - Troubles vaso-moteurs post-ménopausiques.

— **Troubles génitaux.**

- Hyperménorrhée ;
- Etat fibromateux de l'utérus ;
- Certaines impuissances.

— **Troubles de l'appareil urinaire.**

- Dysfonctionnement rénal portant en particulier sur l'élimination uréique ;
- Certaines lithiases.

— **Affections du tube digestif.**

— Gastrite ;
— Ulcus (surtout duodénal) ;
— Colite droite.

— **Comportement physique.**

— Asthénie globale ;
— Impression de vieillissement prématuré (le bien connu « coup de vieux »).

— **Comportement intellectuel.**

— Diminution des capacités intellectuelles ;
— Trous de mémoire ;
— Amnésie antérograde.

— **Comportement psychologique.**

— Hyperémotivité ;
— Hypersensibilité aux bruits ;
— Impatience à l'égard de son entourage (tant professionnel que familial) ;
— Tendance à amplifier l'importance des soucis, contrariétés, etc... ;
— Angoisses :
  — tantôt à manifestations physiques (impression d'oppression, de striction de la gorge ou de l'épigastre, ou encore de « boule » œsophagienne) ;
  — tantôt uniquement psychologiques (paniques irraisonnées).
— Pleurs spasmodiques, parfois même sans cause déclenchante apparente ;
— Peur de ne pas pouvoir suffire à sa tâche ;
— Névroses.

LA DIATHÈSE IV : « ANERGIQUE »

Les malades qui font partie du cadre de cette diathèse sont des sujets qui se défendent mal contre toute attaque (qu'elle soit microbienne ou psychologique) et qui, d'une manière générale, réagissent mal. Nous y trouverons les caractères suivants :

— **Troubles de type allergique.**

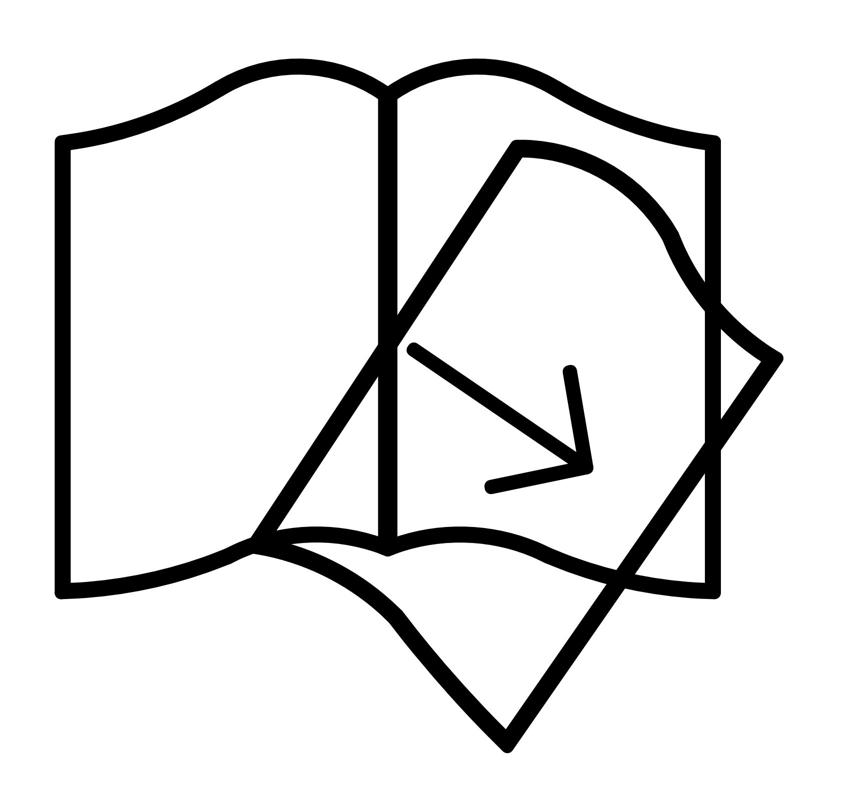
  — Eczémas infectés ;
  — Allergies nasales accompagnées de sinusite.

— **Affections rhumatologiques.**

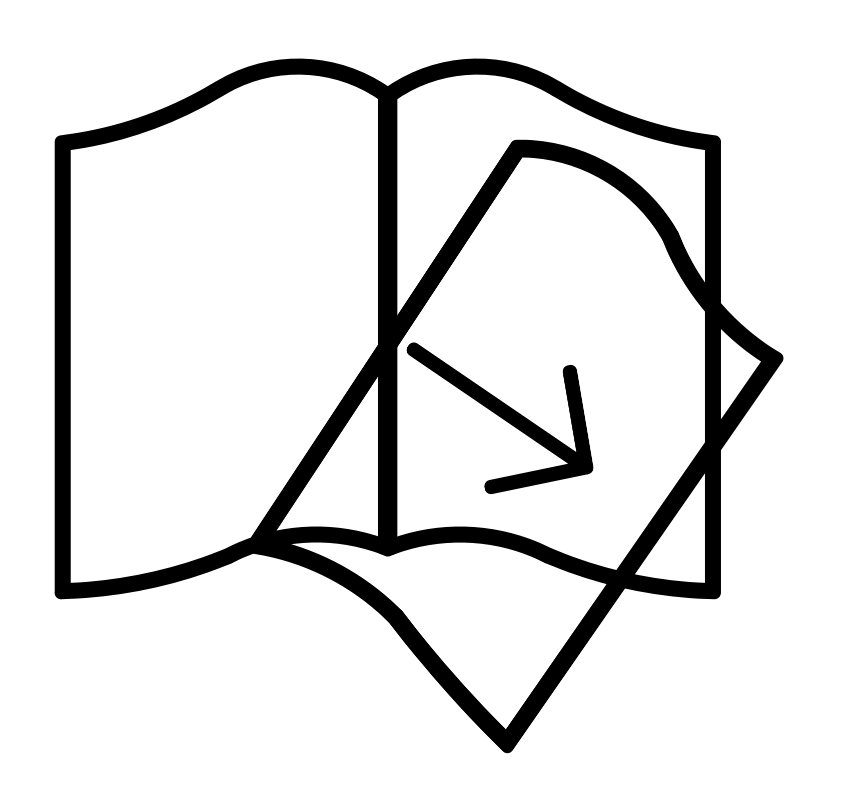
  — Arthroses ;
  — Rhumatismes évolutifs :
    — Polyarthrite rhumatoïde ;
    — Syndrome de Gougerot-Sjoegren ;

— **Syndromes infectieux.**

  — Affections intestinales graves :
    — Recto-colite hémorragique ;
    — Fistules.
  — Formes graves ou compliquées d'atteintes microbiennes ou virales ;
  — Collections purulentes O.R.L. :
    — otites ;
    — mastoïdites ;
    — sinusites ;
  — Staphylococcies rebelles ou récidivantes ;
    — pulmonaires ;
    — dermatologiques (acné, furonculose, anthrax) ;
    — ostéomyélite ;
  — Tuberculoses aiguës ou graves :



PAGES MANQUANTES



PAGES MANQUANTES

SYNDROMES ET SYMPTOMES	DIATHESE	CATALYSEURS CORRESPONDANTS
Affections des séreuses		
— Pleurésies et pleurites — Péritonites — Péricardites	Hyposthénique et/ou Anergique	Manganèse-Cuivre et/ou Cuivre-Or-Argent
Affections gastro-duodénales		
— gastrites — duodénites — ulcus gastrique ou duodénal.	Dystonique	Manganèse-Cobalt
Affections intestinales		
— entérocolite chronique	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— colite droite	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— colite transverse — colite gauche	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— sigmoïdite	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— rectocolite	Hyposthénique et Anergique	Manganèse-Cuivre et Cuivre-Or-Argent
Affections urinaires		
— cystites à répétition	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— cystalgies non microbiennes (accompagnées parfois de certaines névroses)	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— énurésie	Désadaptation sur terrain Arthritique ou Hyposthénique	Zinc-Cuivre et Manganèse ou Manganèse-Cuivre
— troubles (fonctionnels) de l'élimination uréique	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— tuberculose de l'appareil urinaire	Hyposthénique et Anergique	Manganèse-Cuivre et Cuivre-Or-Argent
Troubles cardio-vasculaires		
— palpitations	Arthritique	Manganèse
— tachycardie émotionnelle	Arthritique ou Dystonique	Manganèse ou Manganèse-Cobalt
— oppression thoracique	Dystonique	Manganèse-Cobalt

SYNDROMES ET SYMPTOMES	DIATHESE	CATALYSEURS CORRESPONDANTS
Troubles cardio-vasculaires (suite)		
— algies précordiales angoissantes	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— hypertension artérielle « essentielle »	Arthritique	Manganèse + Iode
— hypertension artérielle émotionnelle, instable	Arthritique et Dystonique	Manganèse + Iode et Manganèse-Cobalt
— troubles circulatoires des membres (lourdeur des membres inférieurs, oedème malléolaire vespéral ou climatique, paresthésies, « impatiences »)	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— troubles vasomoteurs de la ménopause	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— varices	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— hémorroïdes	Dystonique	Manganèse-Cobalt
Troubles génitaux		
— hyperménorrhée	Arthritique ou Dystonique	Manganèse ou Manganèse-Cobalt
— hypoménorrhée	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— dysménorrhée	Arthritique ou Dystonique	Manganèse ou Manganèse-Cobalt
— oligoménorrhée	Hyposthénique et Désadaptation	Manganèse-Cuivre et Zinc-Cuivre
— irrégularités des règles	Hyposthénique ou Dystonique + Désadaptation	Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt + Zinc-Cuivre
— aménorrhée fonctionnelle	Désadaptation + Hyposthénique ou Dystonique	Zinc-Cuivre + Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt

SYNDROMES ET SYMPTOMES	DIATHESE	CATALYSEURS CORRESPONDANTS
Troubles génitaux (suite)		
— état fibromateux de l'utérus	Arthritique ou Dystonique	Manganèse ou Manganèse-Cobalt
— impuissance fonctionnelle	Dystonique et Désadaptation	Manganèse-Cobalt et Zinc-Cuivre
— frigidité fonctionnelle	Dystonique et Désadaptation	Manganèse-Cobalt et Zinc-Cuivre
— cryptorchidie	Désadaptation	Zinc-Cuivre
Troubles endocriniens fonctionnels		
— dysthyroïdies à type « hyper »	Arthritique	Manganèse
— dysthyroïdies à type « hypo »	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— troubles parathyroïdiens	Arthritique ou Hyposthénique	Manganèse ou Manganèse-Cuivre
— troubles surrénaliens	Arthritique ou Hyposthénique ou Anergique	Manganèse ou Manganèse-Cuivre ou Cuivre-Or-Argent } * + * Cuivre
— troubles hypophysaires	Désadaptation	Zinc
— troubles hypophyso-surrénaliens	Désadaptation	Zinc-Cuivre
— troubles hypophyso-pancréatiques	Désadaptation	Zinc-Nickel-Cobalt
— troubles pancréatiques	Arthritique ou Hyposthénique	Manganèse * ou Manganèse-Cuivre * * + Nickel-Cobalt
Syndromes infectieux		
— adénites	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— abcès récidivants	Anergique	Cuivre-Or-Argent

SYNDROMES ET SYMPTOMES	DIATHESE	CATALYSEURS CORRESPONDANTS
Syndromes infectieux (suite)		
— staphylococcies rebelles ou récidivantes	Anergique	Cuivre-Or-Argent
— ostéomyélites	Anergique	Cuivre-Or-Argent
— tuberculose pulmonaire	Hyposthénique et/ou Anergique	Manganèse-Cuivre et/ou Cuivre-Or-Argent
— tuberculose dite « chirurgicale » (séreuse, osseuse, ganglionnaire, intestinale, rénale, splénique)	Anergique	Cuivre-Or-Argent
— tuberculose méningée	Anergique	Cuivre-Or-Argent
Comportement intellectuel		
— troubles de la mémoire	Arthritique	Manganèse
— troubles de l'attention	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— troubles intellectuels en gérontologie	Dystonique	Manganèse-Cobalt
Comportement psychologique		
— émotivité	Arthritique	Manganèse
— irritabilité, agressivité	Arthritique	Manganèse
— optimisme	Arthritique	Manganèse
— dynamisme, esprit d'entreprise	Arthritique	Manganèse
— pessimisme	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— instabilité	Hyposthénique	Manganèse-Cuivre
— hyperémotivité	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— hypersensibilité aux bruits	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— impatience envers l'entourage	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— pleurs spasmodiques	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— tendance à amplifier l'importance des soucis et contrariétés	Dystonique	Manganèse-Cobalt
— désintérêt général	Anergique	Cuivre-Or-Argent

SYNDROMES ET SYMPTOMES	DIATHESE	CATALYSEURS CORRESPONDANTS
Comportement psychologique (suite)		
— aboulie	Anergique	Cuivre-Or-Argent
— impression d'absurdité de l'existence	Anergique	Cuivre-Or-Argent
— désir de mourir pouvant aller jusqu'à l'autodestruction	Anergique	Cuivre-Or-Argent + Lithium
— cyclothymie	Désadaptation	Zinc-Cuivre + Lithium
Antécédents familiaux		
— allergies	Allergique ou Hyposthénique	Manganèse ou Manganèse-Cuivre
— rhumatismes non déformants	Arthritique	Manganèse
— rhumatismes évolutifs, déformants	Hyposthénique ou Anergique	Manganèse-Cuivre ou Cuivre-Or-Argent
— tuberculoses	Hyposthénique ou Anergique	Manganèse-Cuivre ou Cuivre-Or-Argent
— diabète	Désadaptation	Zinc-Nickel-Cobalt ou Nickel-Cobalt

L'EXAMEN CLINIQUE

L'interrogatoire (conduit selon les données que nous venons de voir et dans l'esprit d'une recherche diathésique) une fois terminé, nous passons bien entendu à l'examen clinique. Celui-ci doit évidemment être aussi complet et minutieux que possible. Il obéit aux règles séméiologiques classiques, aussi nous n'insisterons pas sur ce chapitre. Cependant, nous croyons utile d'attirer l'attention sur l'importance que peuvent prendre l'aspect général du malade, sa démarche, son « tonus » physique et psychique : ces éléments, selon leur modalité, donneront éventuellement des renseignements précieux, notamment sur le plan de l'évolution vers un vieillissement diathésique.

On n'oubliera pas non plus, d'examiner le rachis, plus spécialement sur le plan de la statique et de la dynamique vertébrale. Beaucoup d'affections classées habituellement dans la catégorie des maladies psychosomatiques y trouveront leur origine au moins partielle.

— VII —

LES EXAMENS PARACLINIQUES

A — LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Ces examens apportent des données d'autant plus précieuses que la maladie a cessé d'être fonctionnelle et est devenue organo-fonctionnelle : les lésions osseuses ou viscérales nécessitent la radiologie pour être dianostiquées et aussi pour être surveillées dans leur évolution.

Dans le cas particulier des rachialgies purement fonctionnelles, un examen radiologique bien fait permettra éventuellement de demander le concours de l'ostéothérapeute : l'association entre la thérapeutique catalytique et la vertébrothérapie est souvent bénéfique dans ce cas.

B — LES EXAMENS BIOLOGIQUES

Ces examens ont la même valeur en « médecine fonctionnelle » que dans tout le domaine de la science médicale.

Nous insisterons seulement sur quelques points et sur un examen qui nous semble particulièrement important.

Parmi les analyses « classiques » nous pratiquons essentiellement les examens suivants :

— **L'hémogramme**

— une leucopénie nette peut indiquer l'existence d'une anergie et entraîner un traitement par le cuivre-or-argent.
— une anémie nécessite le traitement par le cobalt et par le cuivre.

— **La vitesse de sédimentation**

indique — nous le savons — une évolution ou au contraire une stabilisation. Elle peut donner des éléments intéressants : Si la V S est très ralentie (ex : indice de Katz à 1 ou 1,5) il y a une présomption en faveur de la Diathèse I.
Un sujet de cette même diathèse cependant, en cas de phénomènes inflammatoires, arthritiques, pourra présenter une V S très accélérée : nous en avons vu qui, avec des phénomènes inflammatoires articulaires très nets et une V S à 70 ou 80 à la première heure ont guéri (cliniquement et biologiquement) grâce à un traitement par le manganèse.

— **Les épreuves fonctionnelles rénales**

ont, pour le diagnostic diathésique, une valeur non négligeable : une constante d'Ambard élepas arrivée à un stade irréversible, elle cèdera au traitement ci-dessus.
font craindre un vieillissement diathésique et

— **Le dosage du cholestérol sanguin et la détermination du pouvoir cholestérolytique du sérum**

nécessitent, en dehors des cas d'extrême gravité, un traitement par le manganèse-cobalt et éventuellement le cuivre-or-argent : si l'anomalie n'est
Nous n'accordons pas une importance exagérée
vée, une clearance de la créatinine perturbée,

au cholestérol seul. Si cependant le taux de celui-ci est élevé et si, de plus, nous trouvons un pouvoir cholestérolytique négatif, une évolution vers l'athérosclérose est sérieusement à craindre. C'est également un « vieillissement diathésique », mais ici c'est surtout le cuivre-or-argent qui est nécessaire car il permet souvent un retour du pouvoir cholestérolytique à des valeurs « positives ».

— La mesure du pH et du rH sanguins

a acquis pour nous, depuis de nombreuses années une importance considérable.

Il s'agit de mesures électrométriques effectuées de façon extemporanée sur le même échantillon de sang prélevé à l'abri de l'air. Ces déterminations, rendues possibles grâce d'abord à l'appareil de Vincent puis à d'autres appareils similaires, permettent de mettre en évidence les échanges organiques sur le plan acide-base et oxydo-réduction, ainsi que l'ont montré les travaux de L. Cl. VINCENT. La combinaison de ces quatre valeurs (acidité, alcalinité, oxydation, réduction) illustre, sur le plan biologique, la détermination clinique des quatre diathèses. Les coordonnées de ces quatre combinaisons permettent d'une part de préciser le diagnostic diathésique et d'autre part d'en suivre l'évolution.

En effet, on trouvera les correspondances suivantes :

— Acidité et réduction : diathèse allergique ou arthritique (I)

— Acidité et oxydation : diathèse hyposthénique (II)

— Alcalinité et réduction : diathèse dystonique (III)

— Alcalinité et oxydation : diathèse anergique (IV)

(voir en annexe n° 2, les diagrammes correspondant à ces notions).

— VIII —

ÉVOLUTION DES DIATHÈSES

A plusieurs reprises nous avons eu l'occasion de parler d'évolution diathésique ou de « vieillissement ».

C'est qu'en effet, nous l'avons déjà fait remarquer dans le début de cet ouvrage, les diathèses ne sont pas immuables. Certes, il y a dans les diathèses un élément stable : c'est le terrain familial, génétique.

Cependant, sous l'action d'agressions diverses (« stress ») ce terrain héréditaire peut prendre divers aspects, acquérir certaines modalités *. Ainsi par exemple, tel sujet, initialement arthritique (diathèse I) pourra devenir hyposthénique (diathèse II) sous l'action d'un surmenage intense accompagné de sous-alimentation, ou encore sous l'action d'une agression microbienne.

Un surmenage sexuel pourra modifier les diathèses I et II dans le sens d'une dystonie (diathèse III).

Un stress psychologique pourra transformer l'arthritique ou l'hyposthénique et en faire un dystonique ou un anergique. Ces évolutions des diathèses I et II vers la dystonie et l'anergie sont une évolution vers le vieillissement. Nous assistons fréquemment à ce vieillissement (souvent prématuré) sous l'action de stress divers, d'intoxications, ou encore de médications inopportunes (ex. :

(*) C'est la raison pour laquelle l'interrogatoire devra préciser à nouveau la symptomatologie de notre malade à chaque consultation. En effet, en médecine fonctionnelle les consultations sont assez éloignées (1 à 2 mois) et pendant ce temps l'évolution de la maladie et le traitement ont pu modifier les caractéristiques diathésiques.

excitants ou tranquillisants). Nous connaissons bien ces « vieillards » de quarante ans : ils font tous partie des diathèses « vieilles », soit des diathèses III et IV.

Le contraire est également vrai : nous connaissons aussi des « jeunes » de soixante-dix ou quatre-vingts ans : ils sont peut-être ennuyés parfois par des algies ou autres troubles fonctionnels mineurs, mais ils conservent une allure jeune, une énergie et une capacité de travail qui font envie. Ces sujets font partie, au moins partiellement de la diathèse I.

Par ailleurs, en dehors de toute question d'agression microbienne, thérapeutique, psychologique, ou simplement écologique, nous ne devons pas oublier le vieillissement dû à l'entropie générale. Sur le vieillisement dû aux causes anormales de vie ou aux influences nocives de toute nature, le traitement catalytique aura pour effet de ramener le sujet à sa diathèse d'origine.

Lorsqu'on se trouve plus « normalement » devant le vieillissement dû à l'usure organo-fonctionnelle en rapport avec un âge réel avancé, ici aussi, grâce aux oligo-éléments catalyseurs, nous aurons une arme permettant de s'opposer à l'évolution entropique et à en retarder les effets.

Mais il existe aussi une autre forme d'évolution diathésique, en dehors de toute question de vieillissement : c'est le passage d'une diathèse à une autre. Ceci peut se faire au décours d'une maladie ou sous l'action du traitement catalytique. Nous savons que la tuberculose pulmonaire est l'affection type faisant partie de la diathèse hyposthénique. Il arrive parfois (spontanément ou à la suite du traitement) que le malade commence à se plaindre d'arthralgies, de névralgies ou de migraines : c'est un bon signe de stabilisation ou de guérison (sous réserve bien entendu que les autres données soient également favorables) mais c'est aussi un signe de passage vers la diathèse I.

Chez l'enfant, ces passages se voient encore plus facilement et nous avons eu personnellement l'occasion d'observer un de ces phénomènes chez un enfant de notre famille *.

(*) Il s'agissait d'une primo-infection chez un bébé de 11 mois. Traité (peut-être un peu trop longtemps) par du « Manganèse-Cuivre » l'enfant a présenté après 7 mois de ce traitement, des crises d'asthme d'aspect purement arthritique (passage à la diathèse I). Trois prises de « Manganèse » ont supprimé les crises d'asthme. La quatrième prise, donnée sans doute à tort, a permis l'éclosion d'une coqueluche (diathèse II) alors que depuis plusieurs mois l'enfant avait été protégé de tout contact. Cette coqueluche a guéri en 3 semaines, sans aucune atteinte de l'état général, par un traitement associant le sérum anti-coquelucheux hyperimmunisé à quelques nouvelles prises de Manganèse-Cuivre.

— IX —

LE TRAITEMENT DES MALADIES FONCTIONNELLES

LES MÉDICATIONS CATALYTIQUES

Nous avons vu plus haut, au chapitre traitant des diathèses, qu'à chacune de celles-ci correspond un agent thérapeutique particulier constitué par un oligo-élément isolé, ou par un groupe d'oligo-éléments.

Nous rappelons ici ces correspondances :

— Diathèse I (Arthritique ou Allergique) : manganèse

— Diathèse II (Hyposthénique) : manganèse-cuivre

— Diathèse III (Dystonique) : manganèse-cobalt

— Diathèse IV (Anergique) : cuivre-or-argent

— Diathèse V (Syndrome de désadaptation) : zinc-cuivre ou zinc-nickel-cobalt.

Ces oligo-éléments (isolés ou groupés) constituent ce que nous appelons les « oligo-éléments majeurs » ou « principaux ». Il est à peine nécessaire d'insister sur lers indications. Nous avons vu en effet la correspondance entre symptômes, diathèses et, donc, oligo-éléments. A la suite de l'interrogatoire poussé et minutieux que nous avons indiqué plus haut, lorsque le diagnostic diathésique aura été posé, la conséquence thérapeutique sera évidente.

Certes, le tableau symptomatologique d'un malade n'est pas toujours « pur » et « tranché » : nous trouve-

rons bien souvent des formes mixtes entre diathèses différentes. Il appartiendra au médecin, grâce à ses connaissances, à son sens clinique, de juger, selon l'importance relative des divers symptômes, si le traitement doit comporter plusieurs oligo-éléments majeurs et si ceux-ci doivent être administrés successivement ou simultanément.

En dehors de ces oligo-éléments « principaux » il existe toute une série d'oligo-éléments que nous appelerons « complémentaires » et qui ont un tropisme organo-fonctionnel bien déterminé.

Avant d'entrer dans le détail des indications particulières de ces catalyseurs « complémentaires » nous croyons utile de donner la liste des oligo-éléments pouvant être trouvés en pharmacie à l'heure où nous écrivons ces lignes. Cette liste, la voici, par ordre alphabétique :

— Aluminium
— Bismuth
— Cobalt
— Cuivre
— Cuivre-Or-Argent
— Fluor
— Iode
— Lithium
— Magnésium
— Manganèse
— Manganèse-Cobalt
— Manganèse-Cuivre
— Manganèse-Cuivre-Cobalt
— Nickel-Cobalt
— Phosphore
— Potassium
— Soufre
— Zinc
— Zinc-Cuivre
— Zinc-Cuivre-Cobalt

Nous regrettons vivement que, pour des raisons qui nous dépassent, d'autres oligo-éléments (dont l'intérêt au moins comme adjuvants ne faisait pas de doute à nos yeux) n'aient pu entrer dans le circuit commercial pharmaceutique. Nous n'en parlerons donc pas ici.

D'autres catalyseurs sont actuellement à l'étude, tels par exemple que le Vanadium ou le Sélenium. Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives de l'expérimentation en cours.

Nous reviendrons donc aux oligo-éléments pouvant être prescrits à l'heure actuelle.

Nous avons vu plus haut quels étaient les oligo-éléments ayant le pouvoir de modifier (dans le sens d'une régulation) l'excès ou le déséquilibre diathésique. Nous ne donnerons donc pas les « indications » de ces oligo-éléments « majeurs » ou « principaux » : il faudrait pratiquement transcrire ici, toute la liste des maladies fonctionnelles ! Nous nous bornerons seulement à décrire, brièvement, les diverses indications des oligo-éléments complémentaires, indications motivées soit par le tropisme organo-fonctionnel du catalyseur en cause. soit par un état particulier du malade.

L'aluminium a une action nette sur les fonctions cérébrales. Il agira ainsi sur les troubles et les retards du développement intellectuel de l'enfant. Il agira aussi sur certaines insomnies, en particulier chez le sujet surmené, anxieux et scrupuleux, que les problèmes qui se sont posés à lui dans la journée empêchent de s'endormir.

Le bismuth agit bien sur les affections infectieuses de la gorge (non diphtériques, ni fuso-spirillaires) non seulement dans leur phase aiguë mais aussi dans les formes chroniques (pharyngites, amygdalites chroniques). Dans certains cas, de « grosses amygdales » d'origine inflammatoire ont retrouvé le volume normal rendant ainsi inutile l'amygdalectomie.

Le cobalt est essentiellement un régulateur du système neuro-végétatif. A ce titre il joue un double rôle :

a) d'une part il est essentiellement le « tranquillisant » des oligo-éléments, le « médicament anti-trac », précieux avant et pendant les examens et épreuves de toutes sortes ;

b) d'autre part, il agit sur les spasmes vasculaires, artériels en particulier : artérites des membres inférieurs, syndrome de Raynaud, spasmes des vaisseaux oculaires, etc...

Le cuivre est un excellent anti-infectieux et antiviral. Pris dès les premiers symptômes d'un état grippal même intense, il jugule celui-ci en 36 heures (en association s'il y a lieu avec l'aspirine), et sans laisser d'asthénie post-grippale. Il est également précieux lors des poussées inflammatoires de la polyarthrite rhumatoïde, de la maladie de Bouillaud, de la spondylarthrite ankylosante.

Le fluor est le régulateur du métabolisme du calcium. Il doit être utilisé dans tous les troubles de la calcification, dans les ostéoporoses, les laxités ligamentaires et dans les troubles de la statique vertébrale.

L'iode en association avec le manganèse est un hypotenseur doux et un régulateur des troubles fonctionnels thyroïdiens. Associé au manganèse-cobalt il agira sur ces deux mêmes catégories de troubles lorsqu'on se trouvera en présence de manifestations méno- ou andropausiques.

Le lithium a deux domaines d'action :

— d'une part, il améliore les fonctions d'élimination urinaire notamment celles de l'urée et de l'acide urique ;

— d'autre part, il joue un rôle important dans le traitement des syndromes psycho-somatiques fonctionnels, ainsi que dans la prévention de certaines affections psychiatriques graves.

En effet, depuis plus de vingt ans (les premiers essais sont ceux de CADE en 1947), des auteurs anglo-saxons essayent l'utilisation des sels de lithium à dose pondérale dans la psychsoe maniaco-dépressive. Ils se sont heurtés à la toxicité de ces sels, toxicité pouvant prendre une forme aiguë (accidents digestifs, rénaux ou hémorragiques) ou une forme chronique (effet goitrigène).

Ces inconvénients ne sont pas à craindre lors de l'utilisation du lithium sous forme de gluconate, que ce soit à la dose catalytique qui nous intéresse ici, ou même à dose pondérale dans le domaine psychiatrique. Des travaux récents, extrêmement intéressants de G. CHAZOT, M. EYSSETTE, Y. FOURNIS, G. AIMARD et M. DEVIC, semblent tout à fait démonstratifs à cet égard.

Nous n'avons pas eu, personnellement, la possibilité d'utiliser chez des psychotiques le Gluconate de Lithium, tout au moins aux doses employées par les auteurs sus-cités, c'est-à-dire à dose pondérale. En effet, nous laissons aux neuro-psychiatres le soin de traiter les psychoses. Ces spécialistes, d'ailleurs, ne se font pas faute d'utiliser le gluconate de lithium à usage psychiatrique (Neurolithium) bien que, pour des raisons que j'ignore, ce produit ne figure pas encore sur la liste des médicaments remboursables par la Sécurité Sociale.

Cependant, certaines obligations, à la fois amicales et professionnelles, nous ont quelques fois « forcé la main » et nous ont amenés à nous occuper de sujets atteints d'affections psychiatriques telles que la psychose maniaco-dépressive ou la schizophrénie. Nous avons alors utilisé la forme catalytique du Gluconate de Lithium, mais à une fréquence inhabituelle chez les autres oligo-éléments catalyseurs ; nous avons prescrit 3 à 6 ampoules de Oligosol Lithium par jour, en y associant, mais à la dose normale et suivant la diathèse, du Manganèse-Cobalt, du Manganèse-Cuivre ou du Cuivre-Or-Argent. Nous avons ainsi enregistré des résultats extrêmement favorables, sans aucune tolérance ou manifestation secon-

daire et sans qu'aucune surveillance de la lithiémie soit nécessaire, vu les faibles doses utilisées.

Certes, le nombre relativement restreint de cas traités de la sorte ne permet pas de tirer des conclusions statistiquement valables quant à la valeur du Lithium en tant que catalyseur dans le traitement des psychoses. Cependant, nous ne sommes pas les seuls à avoir utilisé le catalyseur Lithium, et tout porte à croire qu'il a sa place en thérapeutique comme normothymique mineur.

Pour ce qui nous concerne, et nous l'avons déjà précisé plus haut, nous ne nous occupons généralement pas du traitement des psychoses, laissant ce soin à nos confrères psychiatres. Le seul enseignement que nous ayons tiré de notre expérience dans ce domaine est celui-ci : les frontières entre « fonctionnel » et « organique » semblent parfois bien floues, en psychiatrie comme en médecine générale ; et, dans les cas où le « fonctionnel » prédomine, le « Lithium catalyseur » a son rôle à jouer.

Quant aux névroses (et celles-ci, nous le voyons tous les jours, ont tendance à devenir de plus en plus fréquentes), qu'elles soient pures ou accompagnées de manifestations somatiques (non irréversibles), elles forment un terrain de choix pour l'action conjuguée du Lithium oligo-élément et du catalyseur diathésique correspondant. Les résultats sont alors très intéressants et parfois spectaculaires.

Le magnésium a, pour sa part, trois domaines d'action :

— d'une part, il agit sur certains troubles fonctionnels intestinaux ;

— d'autre part, associé au potassium (et bien entendu aux oligo-éléments principaux indiqués dans le cas donné), il a une action particulière sur les douleurs rhumatismales, avec un tropisme électif sur les phénomènes de type névritique ;

— en troisième lieu enfin, ce catalyseur a un effet incontestable sur les manifestations fonctionnelles de la spasmophilie *.

Le manganèse-cuivre-cobalt est une préparation qui a, elle aussi, un double but :

— utilisée dans certaines anémies, son action est souvent fort intéressante ;

— par ailleurs, cette association est particulièrement utile dans les troubles vasculaires apparaissant chez un sujet hyposthénique : par exemple, chez un tuberculeux non stabilisé depuis un temps suffisant, il serait contre-indiqué de prescrire le manganèse-cobalt. Le manganèse-cuivre-cobalt ne présentera pas les mêmes inconvénients.

Le nickel est toujours utilisé en association avec le cobalt. Le nickel-cobalt est utile dans le traitement des insuffisances pancréatiques digestives : ballonnements, pesanteurs et somnolences post-prandiales.

Le phosphore a une action importante dans tous les états spasmodiques ce qui n'étonnera pas puisqu'il est le catalyseur des fonctions parathyroïdiennes.

Il agira ainsi sur la spasmophilie, la tétanie, les troubles spasmodiques vasculaires (dysesthésies, troubles circulatoires des extrémités) mais aussi sur les phénomènes spasmodiques respiratoires :

— spasmes du sanglot,

---

* On connait, depuis les travaux de J. DURLACH sur la tétanie, le rôle favorable que joue le magnésium utilisé comme médication d'apport et à dose suffisante.

Or, des travaux récents effectués au Centre de Recherches Foch à Paris, et dans le Service d'Electro-encéphalographie et de Neurophysiologie clinique du Val-de-Grâce, par M. ASTIER-DUMAS, J. RIGAL, J.Y. MARCO et H. GOUNELLE de PONTANEL, ont montré l'effet quasi spectaculaire qu'exerce le magnésium utilisé par voie intraveineuse sous sa forme catalytique (Magnésium Oligosol) sur le tracé électromyographique des spasmophiles, tracé qu'il normalise dans 88 % des cas.

— accès spasmodiques dans les affections asthmatiformes,
— coqueluche et toux coqueluchoïdes.

Associé à l'opothérapie parathyroïdienne, le phosphore aura aussi une action favorable sur la maladie de Dupuytren (dans cette maladie on a souvent intérêt à associer également le cuivre-or-argent).

Le potassium agit en particulier sur les troubles du métabolisme de l'eau (variations importantes et rapides du corps, en poids et en volume).

En association avec le magnésium et avec les catalyseurs « majeurs » indiqués dans le cas particulier, le potassium est également un des médicaments de l'arthrose.

Le soufre est utilisé d'une part dans les affections rhumatismales (associé au manganèse ou au manganèse-cobalt) et, d'autre part, dans les dysfonctionnements hépatobiliaires à manifestations surtout allergiques ou dermatologiques, comme complément aux catalyseurs principaux.

Le zinc, qui est le catalyseur à tropisme hypophysaire, est rarement utilisé seul. On utilisera plutôt les associations :

— ZINC-CUIVRE dans les troubles hypophyso-génitaux :
  — syndrome adiposogénital de l'enfant
  — cryptorchidie
  — énurésie
— ZINC-NICKEL-COBALT dans le cas de dysfonctionnements hypophyso-pancréatiques tels par exemple que les crises hypoglycémiques post-prandiales tardives (les « fringales », les « coups de pompe » de onze heures du matin par exemple)

— X —

MODE D'ADMINISTRATION DES OLIGO-ÉLÉMENTS CATALYSEURS

Il y a trois modes d'administration :

— la voie perlinguale

— la voie injectable

— la voie locale

A) La voie perlinguale.

C'est la plus courante. Presque tous les oligo-éléments peuvent être administrés par cette voie, qui est toujours bien acceptée, à la fois par son côté pratique et par l'absence de goût désagréable des produits.

Il suffit de conserver une à deux minutes le liquide pur dans la bouche, de préférence sous la langue, pour que la totalité du principe actif ait traversé la muqueuse buccale pour passer directement dans la circulation sanguine. Il est en effet important que les oligo-éléments ne subissent pas l'attaque des sucs digestifs.

Chez le jeune enfant, faire maintenir quelques instants le liquide dans la bouche est parfois difficile. Nous administrons alors le médicament de la façon suivante : on place dans une cuillère à café en matière plastique (pour éviter le contact avec un autre métal) un morceau de sucre sur lequel on verse la dose du produit indiqué. On fait manger à l'enfant le sucre ainsi humecté : le temps de croquer ou de sucer le morceau de sucre sera suffisant pour permettre le passage perlingual du produit.

Chez le bébé, enfin, qui ne sait pas encore manger même un morceau de sucre, on donnera le liquide soit pur, soit à la rigueur, avec une très petite quantité d'eau non minéralisée (ex : Volvic ou Charier), également dans une cuillère à café en matière plastique et on introduira ce liquide dans la bouche de l'enfant tenu droit. L'absorption perlinguale des oligo-éléments étant encore plus rapide chez le nourrisson, l'effet obtenu sera similaire à celui de l'administration normale chez l'adulte.

Le meilleur moment pour prendre ces médicaments par voie perlinguale est le matin à jeun. Si deux produits différents mais complémentaires sont prescrits le même jour (par exemple manganèse + iode ou manganèse-cobalt + soufre) on prendra d'abord le catalyseur principal et on n'absorbera le catalyseur complémentaire qu'après un délai de quatre à cinq minutes.

Si d'autres oligo-éléments doivent être pris le même jour, on les prendra avant les autres repas.

B) La voie injectable. * (sous-cutanée ou intra-musculaire)

Elle peut être utilisée pour tous les produits présentés en ampoules stériles. Nous n'avons eu que rarement l'occasion d'utiliser cette voie avec trois exceptions cependant :

— *le manganèse-cuivre* dans le cas de tuberculoses anciennes où la voie injectable associée à la voie perlinguale (et bien entendu à l'antibiothérapie et la chimiothérapie antituberculeuse classique) nous a semblé donner de meilleurs résultats.

— *le potassium et*

— *le magnésium* qui, utilisés alternativement, don-

(*) La voie intra-artérielle a été utilisé pour le *Cobalt* (avec succès semble-t-il) dans certains cas d'artérite. Nous n'en avons pas personnellement l'expérience, la voie perlinguale nous ayant donné satisfaction lorsqu'il s'agissait de troubles artériels fonctionnels.

nent des résultats plus nets et peut-être plus rapides dans le cas des poussées arthrosiques douloureuses.

C) La voie locale.

Elle est utilisée essentiellement avec une association catalytique : le manganèse-cuivre. Ce catalyseur est à la fois un excellent cicatrisant et, dans certains cas, un anti-inflammatoire.

Comme cicatrisant on l'utilisera en imbibant des compresses de gaze qu'on appliquera deux ou trois fois par jour, ou plus, et qu'on laissera en place jusqu'à ce que la gaze ait séché. N'importe quel retard de cicatrisation (avec plaie déjà détergée, désinfectée) réagira favorablement.

Une indication particulièrement intéressante est formée par les crevasses du sein, non infectées, chez la femme qui allaite : l'interruption de l'allaitement (en tirant le lait si nécessaire) accompagnée d'applications de compresses de manganèse-cuivre toutes les trois heures, nous a permis, dans la presque totalité des cas, d'obtenir la guérison des crevasses en 24 *heures*.

Comme anti-inflammatoire, le manganèse-cuivre a une indication majeure : l'arthrite dentaire, avec phénomène de « dent en caoutchouc » mais bien entendu sans abcès sous-jacent. Des bains de bouche avec deux ou trois doses de ce produit (conservés dans la bouche pendant dix à quinze minutes si possible et rejetés ensuite) permettent une sédation beaucoup plus rapide que les classiques « pointes de feu ».

Une autre indication locale du manganèse-cuivre est formée par les trajets fistuleux. Lorsque la chirurgie n'est pas possible pour telle ou telle raison, lorsque l'antibiothérapie générale et locale n'ont pas suffi, il nous est arrivé de fermer ces trajets par des instillations de manganèse-cuivre, in situ, sans pouvoir cependant affirmer la guérison dans tous les cas.

— XI —

POSOLOGIE

En général, une prise tous les deux à quatre jours est suffisante : il ne faut pas oublier que, dans bien des cas, il faut laisser à l'organisme, le temps de réagir. Cette fréquence n'est cependant qu'une moyenne et il faut avant tout tenir compe du cas particulier.

Ainsi, dans certains cas, on peut être amené à donner, temporairement tout au moins, le même catalyseur à une cadence beaucoup plus accélérée : il nous est arrivé bien des fois (en particulier avec le lithium, le cuivre ou avec l'association cuivre-or-argent) de prescrire l'administration d'une prise tous les jours ou même plusieurs fois par jour.

De même, lorsque l'amélioration est obtenue, on doit espacer l'absorption du même catalyseur jusqu'à une dose tous les 8-10 jours avant d'arrêter complètement le traitement.

Encore une fois, il s'agit de cas d'espèce et il faut toujours se souvenir qu'en médecine fonctionnelle, au moins autant que dans les affections lésionnelles, on ne soigne pas « la maladie » mais on traite « le malade ».

Si plusieurs catalyseurs sont nécessaires (dans le cas, par exemple, d'états pathologiques appartenant à la fois à deux diathèses, auxquelles peut s'ajouter, éventuellement, un syndrome de désadaptation) on alternera les prises des divers médicaments. Ainsi, supposons que nous nous trouvions devant un malade qui présente à la fois, par exemple :

— des troubles circulatoires des membres inférieurs
— un état dépressif aboulique
— des troubles digestifs avec ballonnements post-prandiaux, accompagnés de crises hypoglycémiques survenant environ 3 à 4 heures après le repas précédent,

dans ce cas, il y aura lieu de prescrire, évidemment, les catalyseurs suivants :

— MANGANESE-COBALT
— CUIVRE-OR-ARGENT
— ZINC-NICKEL-COBALT

et nous conseillons par exemple de prendre :

— le premier médicament les lundis et les jeudis
— le deuxième produit, les mardis et les vendredis
— le troisième, enfin, les mercredis et les samedis.

La durée du traitement est essentiellement variable avec l'affection et avec la réaction du malade. Nous n'oublierons pas que les catalyseurs sont essentiellement des régulateurs des dysfonctionnements. Il est logique alors d'espacer la fréquence des prises en cas d'amélioration et d'arrêter le traitement dès disparition des troubles. Ceci est naturellement évident lorsqu'il s'agit d'une affection purement fonctionnelle : il nous est arrivé d'arrêter un traitement pour guérison après deux prises. Dans d'autres cas, chez les organo-fonctionnels, le traitement sera plus prolongé mais variera naturellement avec l'évolution de la maladie.

C'est à dessein que nous n'avons pas parlé de « doses » car, quel que soit le sujet, son âge ou son poids, les doses ne varient pas : nous ne traitons pas « quantitativement » mais « qualitativement ». Les oligo-élémens ne sont pas une médication d'apport mais des catalyseurs et, en tant que tels, ils agissent par leur pré-

sence seule, à la condition qu'ils soient dans un état physico-chimique de division moléculaire tel, qu'ils permettent les échanges d'électrons, donc la catalyse. Ceci étant obtenu, c'est le choix du catalyseur qui importe, la dose pour le même étant invariable. Tout au plus, dans certains cas, il pourra être utile d'augmenter ou de diminuer la fréquence des prises.

— XII —

INCIDENTS
CONTRE INDICATIONS
INCOMPATIBILITÉS

INCIDENTS

Bien utilisée, la thérapeutique catalytique n'entraîne aucun incident qui lui soit imputable en propre.

L'attention du lecteur doit cependant être attirée sur le phénomène de « réactivation » des troubles, qui peut se produire en début de traitement (après la première, deuxième ou troisième prise) lorsque l'on veut traiter une affection allergique (asthme, eczéma, etc...). Cette réaction n'est pas inquiétante. Bien au contraire, elle entraîne un pronostic favorable. Elle dure en général quelques jours (maximum 6-8) pendant lesquels, naturellement, il faut suspendre le traitement. A la fin de cette réactivation, si les troubles initiaux persistent, on reprend le traitement selon les règles indiquées.

Il n'y a pas, en général, de seconde réactivation. Si cela, cependant, semblait se produire, il faudrait vérifier s'il n'y a pas eu une erreur dans l'interprétation des symptômes et, par conséquent, si le catalyseur prescrit avait bien été celui qui convenait à l'état du malade.

CONTRE-INDICATIONS

Il n'y a pas de contre-indications à la thérapeutique catalytique si ce n'est, bien entendu, celles données par la clinique même : on ne donnera naturellement pas de manganèse ou de manganèse-cobalt à un tuberculeux en évolution. Ce serait une erreur thérapeutique au même titre que d'administrer de la digitaline à un bradycarde ! On pourra cependant si l'indication de ces oligo-éléments semble formelle, les administrer en période de stabilisation ou de guérison, sous couvert de leur association au manganèse-cuivre, au cuivre-or-argent ou encore sous la forme de « manganèse-cuivre-cobalt ».

Le contraire est également valable : le manganèse-cuivre administré à un rhumatisant faisant partie de la diathèse I, pourra provoquer une poussée d'arthralgies peu agréables. De même, le zinc, catalyseur de l'hypophyse, ne devra pas être utilisé chez des sujets atteints d'affections malignes.

Cela ne constitue pas pour nous de véritables « contre-indications » mais plutôt une preuve d'activité de la thérapeutique catalytique, qui exige, comme toute autre, d'être bien connue et bien appliquée.

INCOMPATIBILITÉS

Nous avons vu, et nous l'avons répété maintes fois que les oligo-éléments catalyseurs visent à une rééquilibration des fonctions organiques. Il faut donc que l'organisme soit capable de réagir normalement.

Toute thérapeutique qui aura pour effet de modifier ou perturber les réactions naturelles de l'organisme, constituera une gêne à l'activité des oligo-éléments. Nous

considérons donc qu'il y a incompatibilité entre ceux-ci et les opiacés ou les stupéfiants en général.

Sans être aussi absolue, il y a généralement une certaine incompatibilité entre les médications psychotropes (neuroplégiques, tranquillisants, antidépresseurs, etc...) et les catalyseurs oligo-métalliques. Nous cherchons, dans toute la mesure du possible, à faire diminuer — très progressivement — les doses des médications psychopharmacologiques, tout en traitant le malade par les oligo-éléments et par toute autre méthode de « médecine fonctionnelle » afin de délivrer notre patient de l'asservissement à une thérapeutique qui, pour précieuse qu'elle soit dans certains cas, n'est qu'une thérapeutique symptomatique.

Le problème de la corticothérapie est un peu différent. Nous savons bien que parfois les corticoïdes sont indispensables. Mais nous en connaissons aussi les dangers surtout en traitement « au long cours ». D'autre part, nous pensons que l'action substitutive des corticoïdes ne permet pas à l'équilibration que nous recherchons, de se faire librement. Nous essayons toutes les fois que cela est possible (schématiquement lorsque la corticothérapie est utilisée depuis moins de deux ans) de sevrer — très progressivement — le malade ou, tout au moins, de réduire les doses de façon importante afin d'éviter à notre patient les inconvénients de cette thérapeutique. Bien entendu, lorsque les surrénales ont perdu toute capacité de fonctionnement propre, nous nous trouvons dans la zone d'irréversibilité de la maladie et les oligo-éléments devront alors être utilisés en association avec les thérapeutiques substitutives devenues indispensables.

Stupéfiants, psychotropes, corticoïdes, sont les seules incompatibilités (plus ou moins relatives) de la thérapeutique catalytique.

— XIII —

ASSOCIATIONS THÉRAPEUTIQUES

Plus que sur les incompatibilités, nous voulons attirer l'attention du lecteur sur la véritable synergie qui se manifeste entre les oligo-éléments et les diverses thérapeutiques, plus ou moins classiques, lorsque celles-ci sont nécessaires.

a) ALLOPATHIE

La synergie entre allopathie et thérapeutique catalytique a fait ses preuves depuis longtemps. Elle est tout à fait logique, au demeurant, car l'association entre ces deux manières de soigner permet de traiter à la fois maladie et terrain, agent déclenchant et facteur prédisposant.

Il y a tout avantage, par exemple, à associer les oligo-éléments aux antibiotiques ou à la chimiothérapie anti-infectieuse moderne : non seulement la guérison sera plus rapide, mais les rechutes ou les récidives seront plus rares (ou même supprimées) du fait même que l'on aura à la fois, attaqué l'agent pathogène et modifié la réceptivité aux infections.

Un autre exemple notable, c'est l'association entre catalyse et opothérapie. En utilisant les extraits totaux d'organes, à des doses modérées (équilibrantes et non

substitutives) (1) associés aux catalyseurs correspondants, on obtiendra une harmonisation du système endocrinien en cause.

Les rapports entre manganèse et thyroïde sont extrêmement nets. De la même manière il y a des rapports étroits entre phosphore et parathyroïdes, entre le cuivre et les surrénales, entre le zinc et l'hypophyse.

Le groupe zinc-cuivre s'associera fructueusement à la thyroïde, à l'hypophyse et au thymus pour agir sur le développement somatique de l'enfant. Le même groupe, associé à la thyroïde, à l'hypophyse et aux glandes génitales, aura un effet particulièrement net sur l'axe hypophyso-génital. Le zinc-nickel-cobalt associé au pancréas harmonisera l'axe hypophyso-pancréatique, etc... Tout se passe comme si l'adjonction opothérapique « activait » la catalyse dans la direction précise de la glande correspondante.

b) HOMÉOPATHIE

Il nous est difficile de faire une étude détaillée des résultats obtenus par l'association homéopathie-thérapeutique catalytique, n'étant pas nous-mêmes homéopathe.

Nous savons cependant que nombreux sont les adeptes des théories hahnemaniennes qui utilisent volontiers les oligo-éléments, parallèlement à leur thérapeutique propre et ce, avec d'excellents résultats.

De par leur formation, les homéopathes étaient aptes à comprendre très tôt l'intérêt des oligo-éléments en tant que régulateurs du facteur « terrain ». Il ne faut cependant pas confondre les deux disciplines, qui sont différentes tant par leur conception théorique que par

---

(1) Nous utilisons habituellement dans ce but les Oligocrines.

leurs applications pratiques. Il faut retenir seulement que les deux façons de traiter sont compatibles et parfois complémentaires.

c) ACUPUNCTURE

Science millénaire, elle a plus d'un trait commun avec la thérapeutique catalytique :

C'est, par son ancienneté même, la première des disciplines médicales qui se soit proposé de traiter le malade en tant qu'individu et non pas en tant que porteur d'une affection déterminée.

C'est la première aussi qui ait tenté de prévenir les maladies en essayant, grâce aux aiguilles, de modifier le terrain particulier du malade.

Plus récemment, dans le cadre de travaux effectués à notre Centre de Recherches Biologiques, nous avons pu mettre en évidence les rapports étroits qu'il y avait entre nos diathèses et les « Merveilleux Vaisseaux » bien connus en acupuncture. Ces recherches et leurs conclusions on fait l'objet d'une communication que nous avons présentée lors du premier Congrès de la Confédération des Sociétés d'Acupuncture en novembre 1970.

d) OSTÉOTHÉRAPIE

Nous pratiquons l'ostéothérapie depuis trente-quatre ans et avons toujours remarqué l'avantage qu'il y avait à associer la thérapeutique catalytique à cette discipline.

En effet, s'il est important d'effectuer de bonnes manipulations vertébrales ou, plus généralement, articulaires, il est non moins important d'améliorer l'état général du malade afin d'éviter des récidives.

Certes, la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle sont un apport précieux dans ce but. Cependant, un sujet fatigable ou présentant une laxité ligamentaire, restera sujet à ces récidives. Il sera utile alors de rééquilibrer ce malade sur le plan diathésique et de consolider ses ligaments grâce aux catalyseurs ad-hoc (en particulier le fluor). On aura alors la satisfaction de voir les séances de manipulations s'espacer de plus en plus et l'état de notre malade redevenir satisfaisant.

e) VACCINS ET OLIGO-ÉLÉMENTS

Il est à peine nécessaire de préciser qu'il n'existe aucune incompatibilité entre vaccins et catalyseurs oligo-métalliques. Bien au contraire, l'association des oligo-éléments avec des vaccins (que ceux-ci soient purement préventifs ou à utilisation thérapeutique) ne peut être que bénéfique : le « renforcement » du terrain étant en lui-même une forme de prévention, nous obtiendrons « ipso facto » une amélioration de la défense organique contre les infections : les oligo-éléments ne remplacent pas les vaccins mais agissent en synergie avec ceux-ci.

— XIV —

QUELQUES SYNDROMES ET LES CATALYSEURS CORRESPONDANTS

Nous avons essayé jusqu'à présent d'indiquer la façon raisonnée, qui permet, à partir de certains symptômes caractéristiques, de déduire la diathèse du malade et donc de trouver le traitement particulier à l'individu.

Nous nous sommes toujours élevés contre cette tendance, ô combien répandue à l'heure actuelle, de faire de la thérapeutique une sorte de « catéchisme médical » avec questions et réponses quasi automatiques. Ceci est un écueil à éviter particulièrement en médecine fonctionnelle, car le traitement dépend essentiellement du terrain du malade : comme nous l'avons déjà indiqué, on ne traitera pas de la même façon un asthme chez un arthritique que chez un hyposthénique.

Encore une fois, la médecine fonctionnelle est une médecine qui demande un interrogatoire poussé et un examen soigneux ; elle exige du temps et de la patience.

Ceci étant dit (et nous n'insisterons jamais assez sur ces impératifs) il n'en reste pas moins que certains syndromes apparaissent sur certains terrains et pas sur d'autres. Dans le but de faciliter les premiers contacts avec la thérapeutique catalytique nous indiquons plus loin quelques syndromes avec les catalyseurs correspondants et, s'il y a lieu, quelques brefs commentaires. Il faudra bien entendu vérifier par l'interrogatoire et l'examen que la diathèse correspond bien au terrain du malade à traiter.

Il est évident, par ailleurs, qu'outre les catalyseurs, il y aura lieu de prescrire suivant le cas toute association thérapeutique jugée utile.

— A —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Abcès (chauds ou froids)	Cuivre-Or-Argent	C'est un des cas « types » d'anergie.
Acétonémie de l'enfant	Manganèse + soufre	Vu la participation hépatique habituelle.
Acné ordinaire et juvénile	Cuivre-Or-Argent	Une forme d'anergie accompagnant souvent les autres manifestations anergiques de l'adolescence.
Acné rosacée	Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt	Suivant qu'il s'agit du terrain hyposthénique ou dystonique. Le contexte diathésique prend ici toute son importance.
Adénite tuberculeuse	Cuivre-Or-Argent	Comme toutes les tuberculoses dites « chirurgicales ».
Adénopathies	Manganèse-Cuivre Cuivre-Or-Argent	Si le terrain est hyposthénique. S'il existe un contexte anergique et surtout s'il y a en même temps soit hyperleucocytose, soit leucopénie.
Adiposo-génital (syndrome)	Zinc-Cuivre + opothérapie	Vu l'importance du facteur hypophysaire. En général : hypophyse, thyroïde + thymus (ou hypophyse-thyroïde-orchitique chez l'homme ou hypophyse-thyroïde-ovaire chez la femme).
	+ Manganèse ou Manganèse-Cuivre	suivant le terrain.
Aérophagie	Nickel-Cobalt	Etant donné le rôle que joue le facteur pancréatique.

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Albuminurie — orthostatique	Cuivre-Or-Argent	Il s'agit souvent d'une diathèse anergique.
— chronique	Manganèse-Cuivre	Les néphrites ou pyélonéphrites se développent souvent chez les hyposthéniques.
— au cours d'une maladie infectieuse	Cuivre	Qui agit comme anti-inflammatoire.
Allergies	Manganèse ou Manganèse-Cobalt ou Manganèse-Cuivre	suivant le contexte. diathésique.
Algo-neuro-dystrophie	Manganèse-Cuivre ou (et) Manganèse-Cobalt	Permettent d'obtenir des résultats favorables même en cas d'échec des thérapeutiques classiques.
Aménorrhée	Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt	Suivant le terrain.
	+ Zinc-Cuivre	Vu la participation hypophyso-surrénalienne.
	+ Opothérapie	En général : hypophyse + Thyroïde + Ovaire + Surrénales.
Amygdalites et Angines (érythémateuses ou pultacées)	Cuivre + Bismuth	A cause des phénomènes inflammatoires aigus. Pour l'action particulière de ce métal sur les affections du larynx et du pharynx.
Angoisses (fonctionnelles)	Manganèse-Cobalt	Que l'angoisse prenne l'aspect d'une oppression avec sensation de striction thoracique (sus ou sous-sternale ou précordiale) ou que l'angoisse soit purement psychique (paniques irraisonnées phobies, etc.)

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Anxiété	Manganèse ou Manganèse-Cobalt	Suivant le contexte diathésique.
Artérites (au début)	Manganèse-Cobalt + Cobalt	Des résultats intéressants ont été obtenus par l'injection intra-artérielle de Cobalt.
Arthrites aiguës non déformantes	Manganèse	En cas de mono-arthrite à contexte infectieux, il y aura lieu d'ajouter éventuellement le Cuivre.
Arthrites chroniques	Manganèse-Cuivre + Cuivre	 en cas de poussée aiguë.
Arthrites dentaires	Manganèse-Cuivre	En bains de bouche
Arthroses	Manganèse-Cobalt + Cuivre-Or-Argent + Potassium + Magnésium	Contre le phénomène de « vieillissement » articulaire. Agissant sur les phénomènes douloureux d'origine rhumatismale.
Asthénies — matinale isolée	 Manganèse	 Chez les sujets dont « l'horloge biologique » est réglée suivant un rythme d'activité surtout vespéral et nocturne.
— matinale et vespérale ou surtout vespérale	Manganèse-Cuivre	Il s'agit d'une fatigabilité, d'un manque de résistance.
— globale	Manganèse-Cobalt	Même si prématuré en âge, il s'agit d'un « vieillissement ».
— cyclique	Zinc-Cuivre ou Zinc-Nickel-Cobalt	 S'il existe en même temps des crises hypoglycémiques ou des phénomènes digestifs à type pancréatique.

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
— intellectuelle	Aluminium	Surtout si elle s'accompagne d'insomnies entretenues par le surmenage intellectuel.
Arythmies (fonctionnelles)	Manganèse	Il s'agit de phénomènes d'origine émotive le plus souvent.
Asthme		
— allergique	Manganèse	Souvent sous l'influence des facteurs climatiques ou géographiques.
— hyposthénique	Manganèse-Cuivre	Il existe un fond de « bronchite chronique » permanent, même en dehors des périodes critiques.
— intriqué	Manganèse + Manganèse-Cuivre	En alternance.
— avec éléments spasmodiques	Phosphore	Associé au traitement diathésique.
Attention (fatigabilité de l'attention)	Manganèse-Cuivre	

B

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Besnier-Bœck-Schaumann (maladie de)	Manganèse-Cuivre + Cuivre-Or-Argent + Soufre + Phosphore	Effets intéressants sur les localisations pulmonaires. Pas d'action sur les lésions cutanées.
Bouillaud (maladie de)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	Associés au début au traitement classique. Par la suite, le traitement catalytique évite les récidives.
Bourdonnements d'oreilles (fonctionnels)	Manganèse + Iode	
Bronches (dilatation des)	Manganèse ou Manganèse-Cuivre + Cuivre-Or-Argent + Aérosols de Manganèse-Cuivre	Suivant le terrain.
Bronchites aiguës	Cuivre	Associé au traitement classique, en abrège la durée.
Bronchites à répétition	Manganèse-Cuivre	
Brûlures	Manganèse-Cuivre en pulvérisations locales	Accélère la cicatrisation.

— C —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Caries dentaires	Fluor	En plus du traitement diathésique particulier.
Caries dentaires multiples (apparaissant en même temps)	Cuivre-Or-Argent + Fluor	Bien entendu le traitement local doit être fait soigneusement.
Cicatrisation (retards de)	Manganèse-Cuivre	En applications locales : soit pansements, soit pulvérisations.
Colite droite	Manganèse-Cobalt	
Colite gauche	Manganèse-Cuivre	
Collagénoses	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Cuivre	Les effets sont intéressants même en cas d'échec des traitements classiques.
Coqueluche	Manganèse-Cuivre + Phosphore	Associés au traitement classique, ils permettent la guérison en 15-20 jours sans séquelles et avec excellente conservation de l'état général.
Coryza spasmodique	Manganèse ou Manganèse-Cuivre	Suivant le terrain.
Coxarthrose	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cobalt + Fluor + Potassium + Magnésium	Il s'agit d'un traitement de longue durée mais qui permet une stabilisation et, à la longue, une amélioration (même radiologique) des lésions. De préférence en injections intra-musculaires.
Crampes musculaires (avec troubles circulatoires)	Manganèse-Cobalt + Phosphore	On a parfois intérêt à y associer le « Cuprum » homéopathique à raison d'une dose à 7 CH ou 9 CH.

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Crevasses du sein	Manganèse-Cuivre	En compresses locales toutes les 3 heures après avoir fait tirer le lait s'il y a lieu (interrompre l'allaitement maternel 24 h).
Cryptorchidies	Zinc-Cuivre + Manganèse ou Manganèse-Cuivre	+ opothérapie (Thyroïde - Hypophyse - Thymus) suivant le terrain.

— D —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Démence précoce (au début)	Manganèse-Cuivre Cuivre-Or-Argent	Si l'on se trouve encore à un stade réversible.
Dépressifs (états)	Cuivre-Or-Argent ou Manganèse-Cobalt + Lithium	Suivant la diathèse.
Développement infantile (troubles du...)	Manganèse ou Manganèse-Cuivre	Suivant le terrain.
— avec dysendocrinie	+ Zinc-Cuivre	
— avec retard intellectuel	+ Aluminium	
— avec troubles ostéo-ligamentaires	+ Fluor	Ex : Maladies de Scheuermann et scolioses non encore fixées, sans déformation somatique des vertèbres. Le traitement doit être de longue durée.
Duodénum (ulcère du)	Manganèse-Cobalt	+ pansements gastro-duodénaux au gel d'alumine (ou autres produits couvrants) et aux atropiniques (si possible).
Dupuytren (-maladie de)	Cuivre-Or-Argent + Phosphore	+ opothérapie parathyroïdienne.

— E —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Eczéma	Manganèse ou Manganèse-Cuivre + Soufre	Suivant le terrain.
Eczéma infecté	Cuivre-Or-Argent + Manganèse ou Manganèse-Cuivre	Précédant le traitement diathésique de fond ou alternant avec celui-ci.
Entérocolite chronique	Manganèse-Cuivre	
Enurésie	Zinc-Cuivre + Manganèse-Cuivre ou Manganèse	+ opothérapie (Hypophyse - Thyroïde - Thymus)
Erythème noueux	Manganèse-Cuivre + Cuivre-Or-Argent	
Erythème polymorphe	Manganèse-Cuivre	
Estomac (ulcère de l')	Manganèse-Cobalt	Associé s'il y a lieu aux traitements anti-inflammatoires (non hormonaux et non contre-indiqués) aux anti-spasmodiques et aux pansements couvrants
Etats psychiques		
— Pessimisme Hypersensibilité Susceptibilité Instabilité	Manganèse-Cuivre	Dans tous ces états psychiques il est naturellement question uniquement d'états névrotiques, donc réversibles.
— Anxiété Emotivité Excitation Agitation	Manganèse	
— Dépression avec mélancolie	Cuivre-Or-Argent + Lithium	Les psychoses avérées sont du domaine de la neuro-psychiatrie classique : elles

SYMPTOMES ET SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Etats psychiques (suite)		(suite) dépassent la plupart du temps les possibilités d'un traitement uniquement catalytique.
— Névrose d'angoisse phobies, intolérance aux bruits, impatience envers l'entourage	Manganèse-Cobalt + Lithium	

— F —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Fatigabilité physique et psychique	Manganèse-Cuivre	C'est un des symptômes « type » de la diathèse hyposthénique.
Fibromes (au début)	Manganèse	Permet l'arrêt de l'évolution et l'amélioration des ménorragies.
Fiessinger-Leroy-Reiter (syndrome de)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Cuivre	Ce syndrome urétro-oculo-synovial est nettement et favorablement influencé par les oligo-éléments.
Fistules anales	Manganèse-Cuivre	Associé au traitement local.
Fistules à point de départ ostéitique	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	Associés au traitement local et aux antibiotiques s'il y a lieu.
Frigidité	Zinc-Cuivre + Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt	+ opothérapie (Hypophyse Thyroïde-ovaire) Suivant le terrain.
Furonculose	Cuivre-Or-Argent	Permet la guérison et empêche les récidives.

— G —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Gastrites	Manganèse-Cobalt	+ Pansements gastriques au début.
Gougerot-Sjögren (syndrome de)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Cuivre	Ce syndrome, voisin des collagénoses, obéit au même traitement catalytique.
Grippe	Cuivre	Une à deux fois par jour suivant l'état fébrile, sans dépasser (surtout chez les hépatiques) 4 à 5 prises successives. Si ce traitement est appliqué dès les premiers symptômes de l'état grippal, celui-ci est guéri (sauf complications) en 36-48 heures.

— H —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Hémorroïdes	Manganèse-Cobalt	Associé s'il y a lieu au traitement local habituel.
Hodgkin (maladie de)	Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt + Cuivre-Or-Argent	Ce traitement, s'il est appliqué dès le début de la maladie et s'il est maintenu assez longtemps, permet des stabilisations de très longues durées (nous en connaissons dont l'état est stabilisé depuis plus de 15 ans).
Hypertension artérielle (fonctionnelle)	Manganèse + Iode	Abaisse les chiffres manométriques et supprime les signes fonctionnels d'intolérance.
Hypophyso-pancréatiques (troubles)	Zinc-Nickel-Cobalt	Action sur les troubles digestifs et sur les crises hypoglycémiques.
Hypophyso-surrénaliens (troubles)	Zinc-Cuivre	Action sur les troubles fonctionnels endocriniens.

— I —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Impuissance	Zinc-Cuivre + Manganèse-Cuivre ou Manganèse-Cobalt	+ Opothérapie (Hypophyse Thyroïde Testicules) Suivant la diathèse.
Infections de toutes origines	Cuivre ou Cuivre-Or-Argent	Associés s'il y a lieu à un traitement antibiotique, ou chimiothérapique ou, si intolérance, phytothérapique ou aromathérapique.
Insomnies		
— par surmenage intellectuel	Aluminium	A administrer, le soir avant dîner, tous les jours au début ; espacer les prises au fur et à mesure de l'amélioration.
— avec dépression nerveuse	Cuivre-Or-Argent	Y associer, le soir, le Lithium en alternance avec l'Aluminium.
— avec angoisses nocturnes	Manganèse-Cobalt	
— d'endormissements chez les arthritiques	Manganèse	Il ne s'agit pas dans ce cas d'insomnie vraie mais d'un « déréglement de l'horloge biologique » : le sujet n'est pas fatigué le soir, au contraire il est plus lucide que le matin. Il présente par contre une asthénie matinale.
Insuffisance hépatique (digestive)	Manganèse + Soufre	
Insuffisance rénale (fonctionnelle)	Manganèse-Cobalt + Lithium	

— L —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Laryngite aiguë	Cuivre + Bismuth	On peut associer l'Aconit Homéopathique (à la dilution 4 CH)
Laryngite tuberculeuse	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	Ajouter également du manganèse-cuivre en aérosols ou pulvérisations fines.
Laryngospasme spasmophilique	Phosphore + Manganèse ou Manganèse-Cuivre	+ Vitamine D3 ou dihydrotachystérol Suivant le terrain.
Laxité ligamentaire	Fluor + Manganèse ou Manganèse-Cuivre	Suivant le terrain.
Lichen plan	Manganèse ou Manganèse-Cobalt + Soufre	Suivant le terrain.
Lupus érythémateux	Manganèse-Cuivre + Cuivre-Or-Argent + Soufre	Dans cette affection aussi, vu surtout l'importance esthétique de cette maladie, il est souhaitable de commencer le traitement dès le diagnostic posé.
Lupus tuberculeux (ou vulgaire)	Manganèse-Cuivre + Soufre	Associés s'il y a lieu à la Vitamine D3.

— M —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Malaises lipothymiques	Cobalt + Manganèse ou Manganèse-Cobalt	Suivant le terrain.
Mélanose de Riehl	Manganèse-Cuivre + Soufre + Zinc-Cuivre ou Zinc-Nickel-Cobalt	
Mémoire (troubles de la)	Manganèse ou Manganèse-Cobalt	Suivant la diathèse.
Métabolisme de l'eau (troubles du)	Manganèse-Cobalt + Potassium	Il s'agit de malades présentant le « phénomène accordéon » : d'un jour à l'autre ils peuvent ou ne peuvent pas mettre le même vêtement à cause des variations de volume.
Migraines (vraies)	Manganèse + Soufre	A ne pas confondre avec les céphalées qui peuvent naturellement avoir des origines diverses.
Migraines cataméniales	Manganèse-Cobalt + Soufre	
Mongolisme (ou Trisomie 21)	Manganèse ou Manganèse-Cuivre + Cuivre-Or-Argent + Zinc-Cuivre + (s'il y a lieu) Manganèse-Cobalt	Il faut alterner les catalyseurs et prolonger le traitement pendant toute l'enfance, l'adolescence et même à l'âge adulte. Dans le cas particulier, on pratique un traitement non seulement catalyseur mais également substitutif : tout se passe comme si à cause de son anomalie chromo-

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Mongolisme (ou **Trisomie 21**) (suite)		somique, le mongolien se trouvait dans l'incapacité de synthétiser ses propres catalyseurs (et enzymes). Un apport quasi permanent est donc nécessaire pour « relancer » à chaque fois les échanges organiques et le système enzymatique du sujet.
Monoarthrite	Cuivre + Fluor	En dehors des malades appartenant à la diathèse I chez lesquels on prescrira Manganèse ou Cuivre, selon le contexte clinique.
Myasthénie	Cuivre-Or-Argent + Phosphore	Y associer opothérapie para thyroïdienne.
Myxoedème (fonctionnel)	Manganèse ou Manganèse-Cuivre + Iode	Suivant le terrain.

— N —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Névralgies	Manganèse + Soufre + Potassium	Si ces névralgies sont d'origine rhumatismale.
Néphrose lipoïdique	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Iode	Il y a intérêt à ajouter l'opothérapie splénique et thymique. Ce traitement permet parfois d'éviter les corticoïdes ou de les relayer en cas d'échec de cette thérapeutique (si elle n'a pas été prolongée trop longtemps inutilement).

— O —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Obésité — avec hydropexie	Manganèse-Cobalt + Potassium	Avec régime hyposodé.
— avec troubles endocriniens	Manganèse-Cobalt + Zinc-Cuivre ou Zinc-Nickel-Cobalt	Y associer une opothérapie adéquate et... ne pas oublier un régime hypocalorique mais équilibré.
Oculaires (spasmes) avec hémorragies rétiniennes	Manganèse ou Manganèse-Cobalt + Iode	Bien entendu associés au traitement ophtalmologique.
Oculaires (lésions tuberculeuses)	Manganèse-Cuivre + Cuivre-Or-Argent	En même temps qu'un traitement antituberculeux classique.
Ostéites	Cuivre-Or-Argent + Fluor	Accompagnés s'il y a lieu d'un traitement antibiotique spécifique.
Ostéomyélite	Cuivre-Or-Argent + Fluor	Associés au traitement antibiotique et éventuellement chirurgical.
Ostéoporose	Phosphore + Fluor + traitement du terrain	Associés au Calcium et Magnésium.
Otospongiose	Manganèse + Soufre	Indépendamment du traitement O R L indiqué.
Otites	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	

— P —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Paget (maladie osseuse de)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cobalt + Fluor + Phosphore + Potassium	Grâce à ce traitement l'évolution est stabilisée et les douleurs sont rapidement calmées ou supprimées. Ce résultat est d'autant plus intéressant qu'il n'existe, à notre connaissance aucune autre thérapeutique de cette maladie en dehors de la calcitonine qui n'est pas toujours utilisable.
Palpitations	Manganèse + Iode	
Pancréas (insuffisance digestive du)	Nickel-Cobalt + Zinc-Nickel-Cobalt	Associés à l'opothérapie pancréatique.
Parathyroïde (troubles fonctionnels de la)	Cuivre-Or-Argent ou Manganèse-Cuivre + Phosphore	Associés à l'opothérapie pancréatique.
Pelade décalvante totale	Zinc-Cuivre + Soufre	Y ajouter l'opothérapie — Hypophyse, thyroïde, ovaire chez la femme. — Hypophyse, thyroïde, orchitique, chez l'homme.
Péritonéale (tuberculose)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	Associés aux traitements classiques.
Pharyngites	Cuivre + Bismuth	

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Plaies atones	Manganèse-Cuivre	En application locales (pulvérisations ou pansements)
Pleurésies séro-fibrineuses	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	Associés ou non à des thérapeutiques anti-inflammatoires.
Pleurésies purulentes	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	Conjointement à l'antibiothérapie.
Pleurites	Manganèse-Cuivre	
Polyarthrite rhumatoïde (P.C.E.)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Fluor + Potassium + Magnésium + Cuivre	On trouve pratiquement toujours des éléments de la diathèse hyposthénique chez ces malades. La thérapeutique catalytique permet une récupération quasi complète si elle est utilisée dès le début, seule ou associée à des traitements classiques (même lorsque les corticoïdes sont mal tolérés ou inopérants). Utilisée plus tardivement chez des malades qui ne sont pas depuis longtemps cortico-dépendants, les résultats sont également intéressants puisqu'ils permettent une amélioration tant fonctionnelle que biologique et même radiologique.
Poliomyélite — à la phase aiguë	Cuivre + Cuivre-Or-Argent Magnésium	
— lors des séquelles paralytiques récentes	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cobalt	Conjointement à la rééducation.
Précordialgies	Manganèse ou Manganèse-Cobalt + Iode	

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Primo-infection tuberculeuse	Cuivre-Or-Argent suivi de Manganèse-Cuivre	
Prostate (troubles fonctionnels de la)	Manganèse-Cuivre + Zinc-Cuivre	Y ajouter l'opothérapie hypophyse, thyroïde, orchitique.
Psoriasis	Cuivre-Or-Argent + Zinc-Cuivre ou Zinc-Nickel-Cobalt + Soufre	De très nettes améliorations et des guérisons ont été obtenues après des traitements de plusieurs mois. L'acupuncture peut être associée au traitement catalytique.

— Q —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Quincke (œdème de)	Manganèse ou Manganèse-Cobalt + Soufre	Suivant le terrain.

— R —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Rachitisme	Fluor + Traitement du terrain	Associé à la vitamine D3 Il s'agit le plus souvent d'un terrain hyposthénique ou anergique.
Rhumatisme		
a) **R. articulaire aigu** (maladie de Bouillaud)	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Cuivre	A la phase initiale ajouter corticoïdes et pénicilline.
b) **arthrites**	Manganèse + Soufre	
c) **R. déformant**	Manganèse-Cuivre + Soufre	
d) **R. chronique évolutif**		Voir « Polyarthrite rhumatoïde ».
e) **Spondylose rhizomélique.**		Voir « Spondylarthrite ankylosante ».
Rhume des foins	Manganèse ou Manganèse-Cuivre	Suivant le terrain.

— S —

OU SYNDROMES SYMPTOMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Sciatique	Manganèse + Soufre	Lorsqu'il s'agit d'une sciatique essentielle (sans hernie discale et sans affection ni blocage vertébral)
Sclérodermie	Cuivre-Or-Argent ou Manganèse-Cuivre + Phosphore	+ opothérapie parathyroïdienne.
Spasmes du sanglot	Phosphore + Traitement du terrain	la plupart du temps, la diathèse est « hyposthénique ».
Spasmophilie	Phosphore + Magnésium + Traitement du terrain	Associer vitamine D3 ou Dihydrotachystérol et Magnésium à dose pondérale (apport).
Spondylarthrite ankylosante	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Manganèse-Cobalt + Fluor	Permettent l'arrêt de l'évolution.
Staphylococcies	Cuivre-Or-Argent	Associé si nécessaire à l'antibiothérapie.
Stomatite	Manganèse-Cuivre	En bains de bouche.

— T —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Tétanie	Magnésium + Phosphore + Cuivre-Or-Argent + Traitement diathésique de base	+ opothérapie parathyroïdienne + vitamine D3 + Magnésium à dose pondérale. En cas de crise : Oligosol Magnésium par voie I.V.
Thyroïde (troubles fonctionnels de la) — à type « hyper »	Manganèse + Iode	
— à type « hypo »	Manganèse ou Manganèse-Cuivre + Iode	Suivant le terrain.
Trac — avant les « épreuves »	Manganèse ou Manganèse-Cobalt + Cobalt	Comme traitement de fond
— le jour des « épreuves »	Cobalt	
Tuberculose		Dans tout cet ensemble d'indications, les oligo-éléments doivent être associés à l'antibiothérapie et à la chimiothérapie.
a) aiguë	Cuivre-Or-Argent	
b) infiltrats	Manganèse-Cuivre	Y ajouter le Manganèse-Cuivre en aérosols.
c) pneumonie caséeuse	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	« « « «
d) excavée	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre	« « « «

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Tuberculose (suite)		
c) à forme sclérosante	Manganèse-Cuivre	+ aérosols Manganèse-Cuivre.
f) cutanée	Manganèse-Cuivre + Soufre	+ Vitamine D3.
g) osseuse	Cuivre-Or-Argent + Manganèse-Cuivre + Fluor	

— U —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Ulcus gastrique et **Ulcus duodénal**	Manganèse-Cobalt	On ajoutera les pansements à base de gel d'alumine (ou autres produits couvrants) les anti-inflammatoires non hormonaux (et non contre-indiqués) et les atropiniques en cas de douleurs.
Ulcères variqueux	Manganèse-Cobalt + Manganèse-Cuivre local	Parfois, le traitement local au Manganèse-Cuivre se révèle douloureux et on doit l'abandonner. S'il est bien toléré il se révèle un excellent cicatrisant comme sur toutes les plaies cutanées.
Ulcères variqueux infectés	Manganèse-Cobalt + Cuivre-Or-Argent	Y associer un traitement désinfectant local.
Urticaire	Manganèse + Soufre	

— V —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Vaccination par le B.C.G.	Cuivre-Or-Argent	Utilisé dès la vaccination, permet d'éviter toute suppuration.
— si fatigue après cette vaccination	Manganèse-Cuivre	Associé au traitement ci-dessus.
Varices (troubles fonctionnels)	Manganèse-Cobalt	Les varices restent cependant visibles.
Vertiges (fonctionnels)	Manganèse + Iode ou Soufre	

— Z —

SYMPTOMES OU SYNDROMES	CATALYSEURS	OBSERVATIONS
Zona		
— en phase aiguë	Cuivre-Or-Argent	Y associer la radiothérapie d'urgence surtout chez le sujet ayant dépassé 50 ans.
— s'il y a apparition d'algies post-zostériennes	Manganèse-Cobalt	On y associera avec succès l'ostéothérapie et l'acupuncture.

— XV —

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, qu'à dessein nous avons voulue essentiellement pratique, il y a une question que nous devons nous poser : quel avantage peut présenter cette nouvelle façon de concevoir les maladies fonctionnelles et, comme corollaire, quel est *l'intérêt* de cette thérapeutique ?

Pour notre part nous avons toujours considéré qu'un nouveau médicament et, a fortiori, une nouvelle méthode thérapeutique, quelles que soient leur utilité et leur efficacité, ne pouvaient se justifier que si ce médicament ou cette méthode avaient des propriétés vraiment nouvelles par rapport aux façons de traiter existant jusqu'alors.

Quels sont donc les avantages de cette nouvelle conception nosologique et thérapeutique ? Quel en est donc *l'intérêt* ?

Nous pensons que nous pouvons répondre à cette question en abordant le problème sous un quadruple point de vue :

A — Fréquence des maladies fonctionnelles
B — Intérêt thérapeutique
C — Intérêt social
D — Intérêt économique.

Nous allons reprendre point par point ces quatre aspects du problème que nous avons soulevé.

A — LA FRÉQUENCE DES MALADIES FONCTIONNELLES

Ce n'est un secret pour personne que nos cabinets accueillent de plus en plus de malades dits « fonctionnels ». Ceci est dû d'une part à une élévation du niveau de vie permettant aux malades d'accorder une plus grande attention à leur propre santé et, d'autre part, à l'augmentation des « nuisances » et des « stress » que la vie moderne comporte.

Nous avons eu l'occasion plus avant d'expliquer ce que nous entendions par le vocable « maladies fonctionnelles ». Quoique à peine utile pour le lecteur qui aura bien voulu accorder quelque attention au chapitre « domaine d'action des oligo-éléments catalyseurs », il nous semble nécessaire d'ajouter une précision pour la bonne compréhension de notre point de vue.

Divers auteurs, dernièrement, ont paru confondre les maladies fonctionnelles avec les maladies psychosomatiques. D'autres ont même proposé de remplacer le terme « fonctionnel » par le terme « psycho-fonctionnel » démontrant ainsi l'importance qu'ils accordaient au facteur psychique dans l'apparition et l'évolution des maladies fonctionnelles.

Il serait facile de répondre que si le psychisme a une action souvent déterminante sur le soma, l'inverse est également vrai.

Nous n'avons pas l'intention d'ouvrir un débat mettant en évidence la prééminence du facteur psychique ou du faceur somatique. Nous pensons que cette discussion serait hors de propos étant donné que ces deux facteurs, ensemble ou à tour de rôle, sont sous la dépendance d'un troisième qui est l'équilibre (ou le déséquilibre) des échanges (oxydo-réduction et acidité-alcalinité).

Ceci permet de comprendre que les « fonctionnels » qui viennent en nombre de plus en plus grand demander aide, ne sont pas uniquement les « psychiques » mais

aussi les « somatiques » qui se situent encore dans la « zone de réversibilité » dont nous avons déjà parlé dans cet ouvrage.

Nous avons présenté *, avec preuves radiologiques, biologiques ou photographiques à l'appui, l'efficacité des catalyseurs sur ces malades. Nous comprenons donc l'intérêt de ces conceptions thérapeutiques à l'égard d'un très grand nombre de patients qui, sans cela, guériraient aussi peut-être, mais sans doute plus difficilement. Pourquoi ? Ici intervient le deuxième aspect du problème que nous avons soulevé.

B — L'INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE

Nous ne voulons nullement nier la valeur des thérapeutiques classiques. Cependant, la thérapeutique fonctionnelle vient heureusement compléter les thérapeutiques usuelles qui agissent sur l'agent pathogène (agent « provocateur » de Selye) et n'ont que peu d'effet sur le terrain (agent « sensibilisateur » de Selye).

Certes, d'autres facteurs tels l'alimentation, l'environnement, etc... peuvent, à plus ou moins longue échéance, agir sur le terrain. Mais les oligo-éléments catalyseurs dont la présence est indispensable à l'équilibre biologique sont les seuls médicaments qui, sans danger, sont capables de rétablir l'équilibre des échanges. En effet, l'introduction d'un catalyseur à la concentration de quelques gammas au millilitre et à l'état d'ion, suffit pour entraîner la régulation des divers circuits métaboliques régis par les enzymes mis en cause lors du stockage et du transfert de l'ion considéré. L'intérêt thérapeutique ne fait donc pas de doute.

(*) Voir chapitre suivant : Exemples de traitements par les catalyseurs (observations).

C — L'INTÉRÊT SOCIAL

Cet aspect du problème est facile à concevoir et découle des précédents : si cette thérapeutique est efficace (nous avons vu qu'elle l'est et ceci d'une façon originale) et si elle a un large champ d'application, elle permet des guérisons ou des améliorations rapides à de nombreux malades. Cela implique aussi la récupération plus rapide de leurs capacités professionnelles.

Qui plus est, la thérapeutique catalytique, utilisée dès le début d'une maladie, à sa phase purement fonctionnelle, permettra grâce au « renforcement du terrain » d'éviter l'évolution vers le stade ultérieur, lésionnel. D'où, non seulement elle évitera la maladie avec son cortège de souffrances, mais également permettra la lutte la plus efficace mais aussi la plus humaine contre l'absentéisme.

C'est une autre forme de « médecine préventive » et nous n'avons pas besoin d'insister sur son importance sociale.

D — L'INTÉRÊT ÉCONOMIQUE

Qu'il nous soit permis d'aborder ici des considérations « bassement matérielles » : le prix d'une boîte ou d'un flacon d'oligo-éléments est plus qu'abordable. Même si divers catalyseurs sont nécessaires simultanément, le prix d'une ordonnance ne comportant que des oligo-éléments, sera d'un ordre tel qu'il engendrera une dépense d'environ un franc par jour, et souvent bien moins.

A une période où nous entendons dire de divers côtés que le médecin est « l'ordonnateur des dépenses

de la Sécurité Sociale » (et quelle que soit l'opinion de l'auteur sur cette assertion) notre devoir est de limiter au maximum (compatible avec l'intérêt du malade) le coût de nos prescriptions. Est-il besoin d'insister sur l'importance de ce facteur économique ?

Nous avons vu les avantages et donc l'intérêt de cette conception thérapeutique originale. Le temps, qui est grand « argument » a confirmé la valeur de ce traitement : nous étions peu nombreux ceux qui, il y a trente-quatre ans, à l'école de J. MENETRIER, utilisions les catalyseurs. A l'heure actuelle, des milliers de médecins en France, comme à l'étranger, s'en servent avec succès, pour le plus grand bien de leurs malades.

Il n'en reste pas moins, que pour les médecins qui l'abordent pour la première fois, la médecine fonctionnelle et sa « clinique » particulière peuvent paraître parfois déconcertantes : ce n'est pas ainsi que nous avons appris la médecine en faculté !

C'est la raison pour laquelle, dans cette étude, nous avons voulu envisager la thérapeutique catalytique sous un angle pratique avant tout. Nous avons voulu, en quelque sorte, prendre le confrère lecteur par la main et le guider dans cette démarche tout à fait nouvelle pour qui a reçu une formation bien distincte.

Ceci nous a portés parfois à de certaines redites, à des répétitions paraissant superflues. Que le confrère lecteur veuille bien nous en excuser : nous l'avons cru nécessaire, nous souvenant des difficultés qui furent aussi les nôtres à nos débuts.

Nous aussi nous avons été déconcertés. Mais lorsque nous avons saisi vers quels horizons thérapeutiques nous entraînaient les notions de « maladies fonctionnelles » et de « catalyse biologique », nous avons ressenti une joie particulière : nous avons compris que l'enseignement précieux dont nous avions profité au sein de notre « Alma Mater » venait de recevoir un

complément indispensable pour mener à bonne fin la mission qui est celle de tout médecin : œuvrer par tous les moyens afin d'atteindre le but que nous nous sommes fixé : c'est-à-dire soulager et si possible guérir nos malades.

C'est la grâce que nous souhaitons aussi à tous ceux de nos confrères qui, poursuivant le même but, osent parfois sortir des sentiers battus.

— XVI —

EXEMPLES DE TRAITEMENTS PAR LES CATALYSEURS

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 : ASTHME A TYPE ARTHRITIQUE PUR

Diathèse I.

Monsieur B... J..., âgé de vingt-six ans, vient nous consulter en janvier 1958, porté par ses frères car tout effort lui est impossible. Il est handicapé par un asthme intense, à crises fréquentes, violentes, surtout nocturnes, sans expectoration. Dans la journée, le moindre effort le rend dyspnéique. Son état dure déjà depuis trois mois et a provoqué, en outre, un amaigrissement de 5 kg. Ce malade avait déjà présenté des phénomènes similaires deux ans auparavant mais ceux-ci avaient cédé à un traitement soufré (Sodothiol). Cette thérapeutique est inopérante cette fois-ci ainsi que d'autres divers traitements qu'on ne me précise pas. Il est seulement soulagé transitoirement par la théophylline et le phénobarbital.

L'interrogatoire nous fournit les éléments suivants :

— urticaire dans l'enfance ;
— émotivité, anxiété ;
— hypersensibilité nerveuse : la moindre contrariété déclenche une crise ;
— optimisme ;
— est plus « en forme » le soir que le matin (sauf pendant les crises) ;
— absence de gêne respiratoire ou de bronchite entre les crises ;
— pas de fatigabilité : en dehors des crises, le malade pratique les sports sans difficulté ;
— pas de bronchites à répétition ;
— la radiographie pulmonaire ne montre aucune image suspecte ;

— l'hémogramme indique une légère anémie (3.990.000 hématies) avec une eosinophilie à 22 % ;
— l'examen clinique montre un foie légèrement augmenté de volume, une tension artérielle normale ;
— l'auscultation révèle des ronchus et des sibilances disséminés sur l'ensemble des deux champs pulmonaires aussi bien en avant qu'en arrière.

Toute la symptomatologie indiquant une diathèse I (arthritique) pure, nous prescrivons les Oligosols : manganèse et soufre ainsi qu'une médication hépatique banale.

Nous voyons à nouveau Monsieur B... une semaine après, alors qu'il vient seul, sans ses frères, pour nous faire part de sa guérison.

L'amélioration s'est manifestée deux heures après la première prise : le malade a pu circuler malgré un brouillard intense. Une deuxième prise a encore amélioré le tableau : il n'y a plus ni ronchus, ni sibilances, le volume du foie est redevenu normal. Bien que le malade tousse encore un peu, nous faisons arrêter le traitement.

Monsieur B... n'a plus eu de crises depuis.

OBSERVATION N° 2 : ECZÉMA GÉNÉRALISÉ INFECTE

Diathèses I et IV.

Monsieur C... L..., âgé de vingt-neuf ans vient nous consulter le 13 juillet 1963 pour un eczéma généralisé suintant, apparu trois mois auparavant. Il a été suivi pendant cette période dans un des grands services de dermatologie parisiens, mais les différents traitements appliqués n'ont pas donné les résultats escomptés. Il a eu aussi bien des traitements généraux (prednisone, antibiotiques, vaccin anti-pyogène) que les traitements locaux habituels (colorants, pâtes diverses).

Devant l'échec de ces thérapeutiques, en désespoir de cause, le malade nous avoue être même allé consulter un guérisseur sans avoir eu davantage de résultats, bien entendu.

Dans les antécédents, il faut noter :

— un syndrome cérébro-méningé à quatorze ans ayant nécessité une artériographie
— une hépathie virale à vingt-cinq ans
— syphilis à vingt-huit ans, bien traitée (par antibiotiques + Bismuth) et guérie : B W négatif
— Test de Nelson négatif
— une poussée de furonculose quelque temps avant son eczéma.

L'interrogtaiore nous apprend en outre que ce malade, d'une famille d'arthritiques, présente par périodes des crises de sciatique.

Il n'a aucun antécédent de type tuberculeux.

Il présente par périodes des céphalées, des scotomes lumineux, et quelques étourdissements.

Il est plus en « forme » le soir que le matin.

L'appétit et la digestion ne lui posent pas de problème, mais il a une certaine irrégularité intestinale.

De plus il dort mal, a des cauchemars (morts, bêtes rampantes, araignées, impression qu'on lui veut du mal, etc...) ce qui ne nous surprend pas : en effet notre malade absorbe chaque jour, environ un litre et demi de vin à douze degrés, un litre de bière et deux à trois apéritifs. L'apport toxique est complété par environ quarantes cigarettes par jour.

L'examen montre, en dehors de l'eczéma disséminé sur tout le corps, suintant et, bien entendu, très prurigineux, l'existence d'une hépatomégalie mesurant dix-neuf centimètres sur la ligne mamelonnaire.

La seule thérapeutique prescrite est, en dehors d'un régime adéquat, d'une part un traitement hépatique banal (à base de sulfate de magnésie et de peptones de viande) et, d'autre part, des oligo-éléments catalyseurs. Comme il s'agit de toute évidence d'une diathèse allergique avec une participation anergique, le tout chez un hépatique, nous prescrivons en association manganèse + soufre et nous y ajoutons bien entendu le cuivre-or-argent.

Nous voyons à nouveau ce malade trois mois après. Il nous apprend que l'eczéma a été très notablement amélioré en huit jours et a disparu peu de temps après. Il a pu partir en vacances dans le midi. Une petite récidive en août a cédé rapidement au traitement. Le 23 octobre 1963 l'eczéma reparaît entre les doigts des deux mains et est à nouveau suintant.

Le malade nous avoue avoir relâché le régime « sans faire d'excès » nous dit-il : il ne boit plus par jour qu'un litre de vin, 2-3 demis de bière, 2-3 apéritifs, 4 cafés noirs et un bol de café au lait. Il est à nouveau fatigué le matin, a quelques étourdissements mais n'a plus de cauchemars. Il a de petits furoncles sur la paroi abdominale et sur la verge.

Nous prescrivons les mêmes oligo-éléments associés à nouveau à un traitement hépatique et au régime. Tout rentre dans l'ordre dans l'espace d'un mois.

Un an environ après, nous avons l'occasion de revoir ce malade lors d'une crise de névralgie sciatique en rapport avec une mauvaise statique vertébrale. Aucune récidive de son eczéma ne s'est plus manifestée.

OBSERVATION N° 3 : TUBERCULOSE PULMONAIRE

Diathèses II et IV.

Monsieur S... âgé de quarante-huit ans en juin 1959, présente quelques crachats hémoptoïques. La radiographie faite à ce moment montre une lobite supérieure droite excavée (spélonque d'environ deux centimètres de diamètre située à la partie inférieure de ce lobe) et un infiltrat sous-claviculaire gauche. La bacilloscopie est positive.



Fig. N° 1 — Obs. N° 3 — M.S... 19-6-1959.
Lobite supérieure droite excavée.
Infiltrat sous-claviculaire gauche.

Immédiatement est institué le traitement suivant :

— Streptomycine : 1 g trois fois par semaine
— Isoniazide : 300 mg par jour
— Cuivre-or-argent
— Manganèse-cuivre
— Aérosols de manganèse-cuivre

Un mois après, les opacités sous-claviculaires gauches sont en train de s'effacer et l'image cavitaire est moins visible. On continue le même traitement.

Un séjour en maison de cure est décidé en septembre 1959 pour des raisons d'ordre familial et social. A l'arrivée, la bacilloscopie est négative ; le phtisiologue qui dirige cet établissement est surpris de l'évolution rapide-

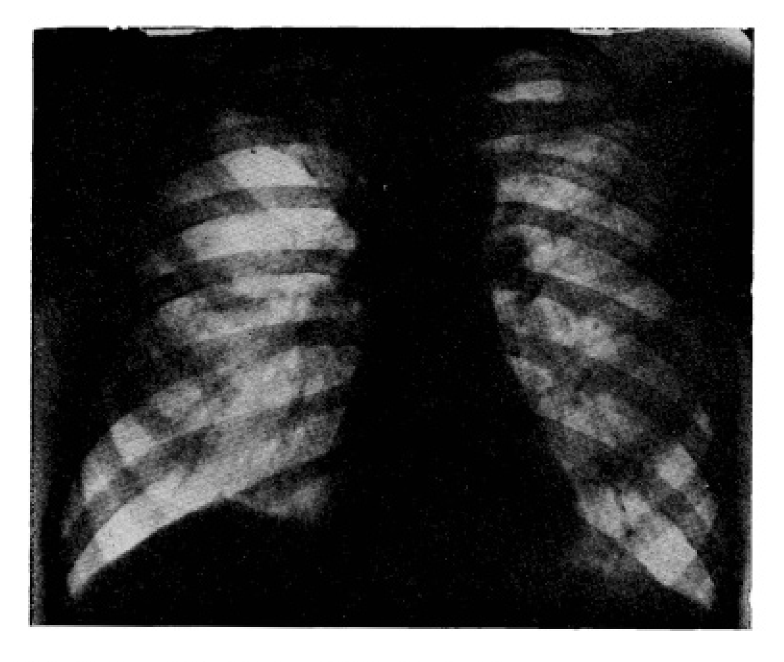


Fig. N° 2 — Obs. N° 3 — M.S... 21-7-1959.
Nette amélioration des images pathologiques des deux sommets.

ment favorable des lésions qui, d'après lui, auraient normalement été justiciables de la chirurgie. A la fin novembre 1959, ce confrère nous écrit : « je suis heureux de pouvoir confirmer, après de nouvelles tomographies... une amélioration persistante... : disparition de la caverne de la région moyenne du poumon droit. Il persiste encore une condensation de son sommet, qui est probablement constituée par un tissu caséeux. Pour l'instant, je pense tout de même qu'il doit guérir par le simple traitement médical à condition qu'il passe largement tout l'hiver ici ».

Ce malade sort de la maison de cure le 30 mars 1960 (un peu contre l'avis du confrère qui l'y soigne) pour

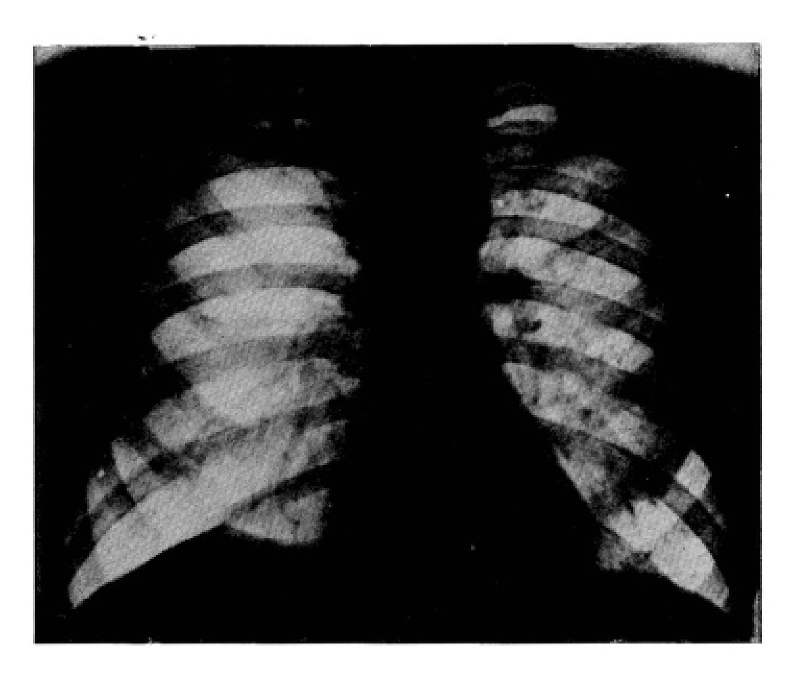


Fig. N° 3 — Obs. N° 3 — M.S... 8-11-1960.
Images fibreuses d'aspect non évolutif à droite.
Effacement des opacités sous claviculaires gauches.

des raisons d'ordre familial. Il persiste encore au sommet droit des images dues à des lésions non encore cicatricielles. Le même traitement est continué auquel nous ajoutons les oligo-éléments « arsenic-phosphore-antimoine » + des injections hebdomadaires de manganèse-cuivre en solution huileuse (ces produits nous avaient été fournis pour expérimentation par le laboratoire Labcatal : bien que très actifs, ces oligo-éléments n'ont pas encore été commercialisés). La bacilloscopie est toujours négative et la V.S.G. est à 4-11-75. Le malade est encore un peu fatigable mais présente un bon état général.

En juillet 1960, l'apparition d'acouphènes et d'une baisse de l'acuité auditive à droite font arrêter la strep-



Fig. N° 4 — Obs. N° 3 — M.S... 21-7-1962.
Images d'aspect cicatriciel. Guérison.

tomycine qui est remplacée par la viomycine (2 g par semaine).

Le malade reprend peu à peu ses activités de représentants de commerce. En septembre 1960 il travaille à temps plein. Les cultures après tubage restent négatives. Les antibiotiques et le Rimifon sont poursuivis par prudence et sont définitivement arrêtés au début 1962. A partir de ce moment, le malade ne prend plus que du manganèse-cuivre et ceci, uniquement en période de fatigue.

En résumé, une tuberculose pulmonaire bilatérale avec lobite supérieure droite excavée a été traitée par l'association antibiotiques-isoniazide + catalyseurs métalliques. La spélongue a disparu en moins de cinq mois. Le séjour sanatorial n'a duré que six mois. Le travail a été repris un an après la découverte de la maladie.

Depuis 1962, des contrôles radiologiques et bacilloscopiques ont été effectués à des intervalles assez réguliers et se sont révélés parfaitement normaux.

OBSERVATION N° 4
MAUVAIS ÉTAT GÉNÉRAL, PLEURESIE

Madame D... O... est âgée de trente-trois ans lorsque nous la voyons pour la première fois en 1956.

Diathèses II et III.

Antécédents familiaux : une sœur tuberculeuse.
Antécédents personnels : Soignée de 1940 à 1956, soit de dix-sept à trente-trois ans, pour un syndrome de type hyperthyroïdien (tachycardie à 120, exophtalmie modérée, métabolisme de base ayant dépassé parfois 75 %, amaigrissement important). Le diagnostic de maladie de Basedow, longtemps admis, a été éliminé en 1956 par un de nos grands endocrinologues qui met ces troubles de la malade sur le compte de son état hypernerveux.

Cet état, accompagné, on s'en doute, d'une asthénie importante, a nécessité de multiples arrêts du travail. Des séjours à la campagne, en montagne, parfois en maison de repos, n'ont pas donné de résultats appréciables.

Pendant ce temps, la malade a présenté en outre :
— un voile pulmonaire des deux bases, à vingt ans ;
— des dorsalgies à répétition ;
— une fatigabilité intense.

Les examens radiologiques pulmonaires ont toujours paru plus ou moins suspects, l'empêchant parfois d'obtenir certains emplois.

En septembre 1955, elle consulte dans un grand service de phtisiologie, où l'on pose le diagnostic de lésions pulmonaires tuberculeuses sous-claviculaires gauches. On conseille repos et surveillance, en évoquant l'éventualité d'une résection.

Admise dans une maison de repos tenue par des religieuses dans la région d'Alençon, elle continue pendant plusieurs mois à présenter des troubles vago-sympathiques. La sœur qui s'occupait de cette malade (et qui avait été elle-même soignée avec succès par les oligoéléments) demande l'avis de son médecin, très compétent en thérapeutique catalytique.

Voyant combien l'histoire de cette malade paraissait complexe, il a l'idée d'essayer la manganèse-cobalt dans le but, soit de rééquilibrer l'état nerveux de cette malade, soit de « clarifier le problème ». Ceci s'est bien produit : quelques jours seulement après une prise uni-

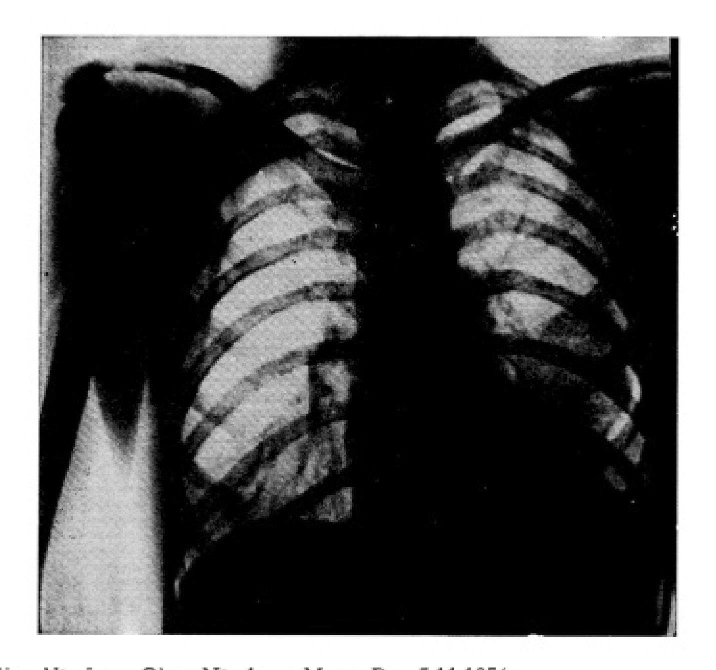


Fig. N° 5 — Obs. N° 4 — Mme D... 5-11-1956.

(Après ponction évacuatrice) : Réaction pleurale de la base gauche avec un peu de liquide résiduel et décollement du poumon de la paroi. Opacité arrondie sous-claviculaire droite. Images d'aspect non homogène sous-claviculaires gauches

que de manganèse-cobalt se déclenche chez cette malade une pleurésie sérofibrineuse gauche.

Transportée dans une clinique d'Alençon, on évacue par ponction, deux litres de liquide clair, contenant 20 g d'albumie par litre. Pas de B K à l'examen direct. Le liquide reste d'ailleurs stérile.

Une radiographie faite à Alençon le 5 novembre, aussitôt après la ponction, montre (en dehors d'une réaction pleurale de la base gauche avec un peu de liquide résiduel et un décollement du poumon de la paroi à la base gauche) l'existence d'une opacité arrondie sous claviculaire droite, ainsi que d'images d'aspect non homo-

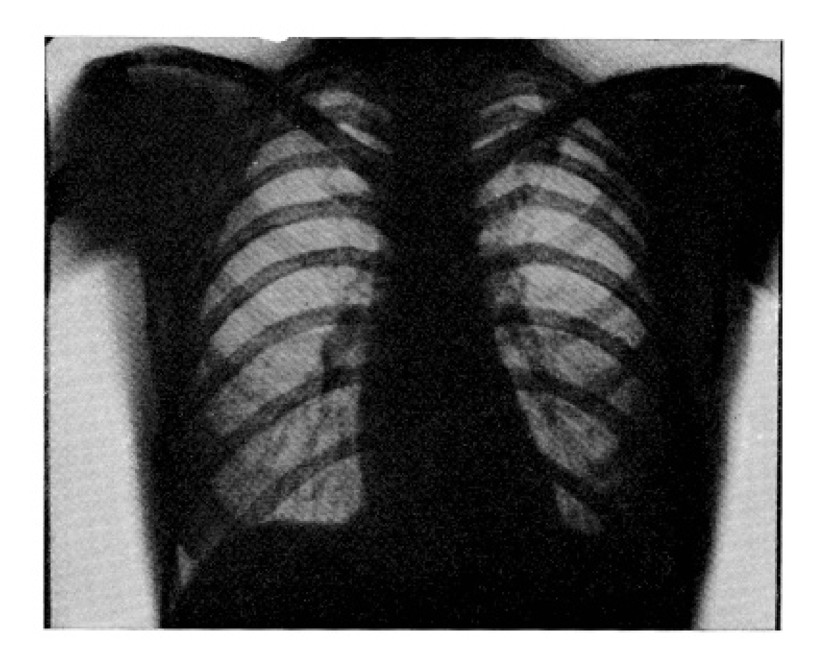


Fig. N° 6 — Obs. N° 4 — Mme D... 12-1-1957.
(Deux mois après l'examen précédent) :
Disparition de la réaction pleurale de la base gauche. Disparition de l'opacité sous-claviculaire droite. Effacement partiel des opacités sous-claviculaires gauches.

gène dans la région sous claviculaire gauche. Malgré un traitement par corticoïdes sous couverture antibiotique, le liquide se reforme assez rapidement et la malade est transportée à Paris sur sa demande.

C'est à cette époque, le 18 novembre 1956 exactement, que nous voyons pour la première fois cette malade. D'aspect cachectique (elle ne pèse plus que 35 kg pour une taille de 1,60 m) elle est fébrile et présente à la percussion une matité liquidienne dont le niveau supérieur dépasse nettement la pointe de l'omoplate.

La gêne respiratoire étant malgré cela, assez modérée, nous évitons de ponctionner. Nous prescrivons

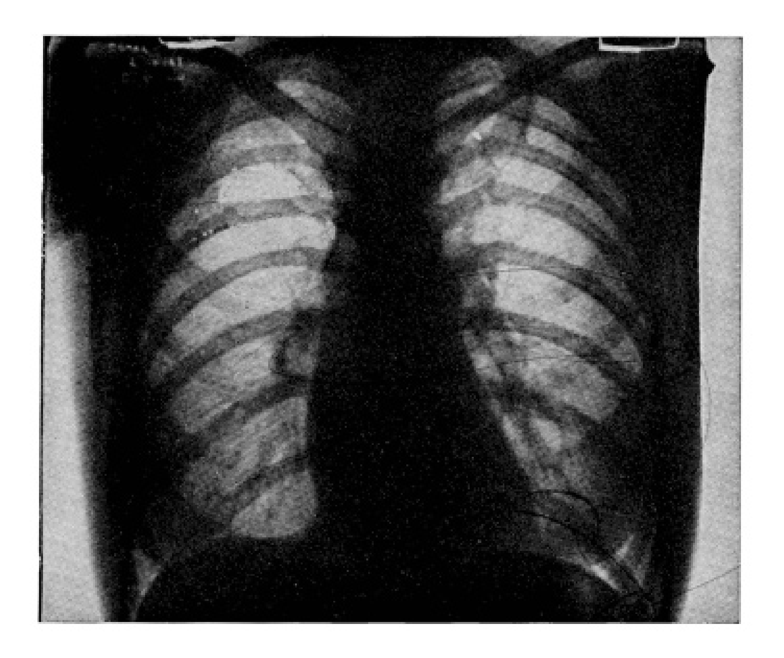


Fig. N° 7 — Obs. N° 4 — Mme D... 2-10-1958
Aucune image suspecte.

comme anti-inflammatoire la phénylbutazone et ajoutons calcium et vitamines C et D. Mais l'essentiel du traitement est formé par les catalyseurs « manganèse-cuivre » (en perlinguale et par voie intramusculaire) ainsi que « cuivre-or-argent ». Peu à peu, le liquide se résorbe. Le 12 janvier 1957, soit moins de deux mois après le début du traitement, Mme D... peut se rendre au cabinet d'un radiologiste. Les clichés montrent à cette date la disparition complète de la réaction pleurale et de l'opacité sous claviculaire droite, avec effacement partiel des opacités sous-claviculaires gauches.

L'hémogramme est normal ; la V.S. est à 4 mm à la première heure avec un indice de Katz à 4,5. Le poids de cette malade a augmenté considérablement puisqu'elle

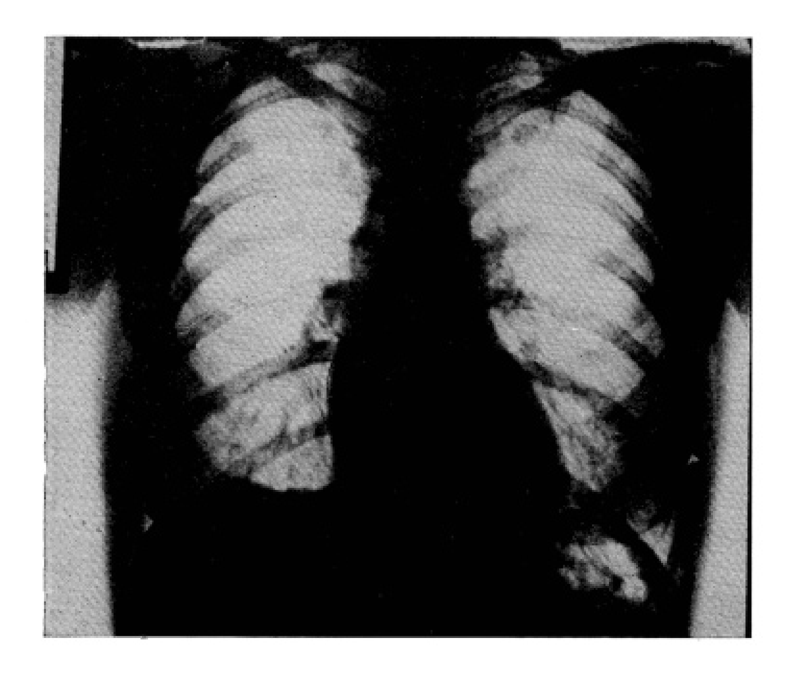


Fig. N° 8 — Obs. N° 4 — Mme D... 3-1-1963
Contrôle radiologique : image thoracique pratiquement normale.

pèse à ce moment 41,500 kg. On continue le traitement par oligo-éléments et vitamine D. En juin 1957 la malade pèse 47,500 kg : elle a donc pris en sept mois 12,500 kg. Elle ne présente ni toux ni expectoration et reprend son travail le 10 juillet 1957. Le contrôle radiologique du 2 octobre 1958 ne montre plus rien de suspect.

Dans les années qui ont suivi, les seuls incidents ont été des épisodes sans importance (rhinopharyngites, troubles hépato-intestinaux et parfois quelques angoisses et une asthénie tantôt matinale, tantôt cyclique). Des thérapeutiques anti-infectieuses ou sédatives banales ont suffi pour régler à chaque fois ces troubles.

En juillet 1961 cependant, apparaissent à nouveau des troubles plus intenses : malaises avec sensation de déséquilibre, état sublipothymique, troubles de l'accomodation, angoisses, bouffées congestives, tachycardie, crises hypoglycémiques. Nous prescrivons, en plus des petits sédatifs déjà utilisés : cuivre-or-argent, manganèse-cobalt + opothérapie (thyroïde, hypothyse, ovaire), manganèse, iode, zinc-nickel-cobalt + extrait pancréatique et enfin phosphore.

Cette thérapeutique produit l'effet escompté : à nouveau elle se sent bien, les rares troubles nerveux qui se réveillent de temps en temps sont calmés par Bellergal et Natisédine. Le contrôle radiologique pulmonaire effectué le 3 janvier 1963 montre toujours une image thoracique pratiquement normale.

Nous avons revu cette malade de temps en temps pour des troubles mineurs. La dernière fois où nous l'avons vue, c'était juillet 1971. Depuis juillet 1957, donc depuis quatorze ans, elle n'a plus arrêté son travail que pour de rares et courtes périodes à cause d'affections saisonnières banales ou encore à la suite d'un accident du travail. Il lui est arrivé de faire des rhinopharyngites ou des bronchites mais jamais plus elle n'a présenté des phénomènes pouvant faire craindre une affection tuberculeuse.

OBSERVATION N° 5 : TROUBLES CIRCULATOIRES ET ENDOCRINIENS

Diathèse III.

Mademoiselle R... A.M. vient nous consulter le 18 février 1958 pour des retards menstruels survenus depuis environ trois mois. Les dernières règles, douloureuses, datent de cinquante jours auparavant.

Cette malade a eu un choc émotif en cotobre 1957, choc ayant entraîné un amaigrissement de 3-4 kg avec apparition d'un état dépressif, avec dégoût de la vie. Elle nous déclare cependant avoir « remonté la pente » et avoir à nouveau bon moral.

Notre cliente se plaint en outre d'une asthénie vespérale, de quelques troubles digestifs et surtout de troubles circulatoires des jambes : lourdeur avec œdème des pieds et des chevilles à la fatigue. Ces troubles sont apparue en même temps que l'irrégularité des règles.

L'examen ne montre rien de particulier : l'abdomen est souple et non douloureux, le foie est de volume normal. Le toucher vaginal n'a pas été fait (Mlle R... est vierge) et le toucher rectal ne semble pas montrer une anomalie gynécologique organique. La tension artérielle est à 14-9 et le cœur est normal. Par ailleurs, Mlle R... n'est pas fatigable, elle n'a pas de fragilité bronchique, pas d'antécédents personnels tuberculeux (sa mère cependant est atteinte de tuberculose). Sur le plan nerveux, Mlle R... est irritable, anxieuse, émotive. Elle présente des angoisses assez fréquentes.

Nous prescrivons :

— Manganèse-cobalt + extraits opothérapeutiques (thyroïde, hypophyse, ovaire) et

— Cuivre-or-argent

Tout rentre dans l'ordre.

Quatre ans et demi plus tard, le 12 novembre 1962, nous voyons à nouveau Mlle R... qui nous raconte l'histoire suivante :

Elle s'était très bien portée depuis le traitement ci-dessus indiqué. En février 1962, soit neuf mois auparavant, désirant partir aux sports d'hiver et craignant d'avoir ses règles juste pendant ses vacances, elle suit certains conseils et entreprend un traitement à base de gonadotrophine chorionique et d'extrait ante-hypophysaire (pour faire avancer la date de la sa période menstruelle). Elle continue ensuite ce traitement tous les mois et constate que les règles deviennent de moins en moins abondantes. Elle accuse une asthénie vespérale et se plaint de céphalées, de lombalgies, de lourdeur des membres inférieurs avec un léger œdème des chevilles et des crampes des mollets. Mlle R... présente en outre quelques « fringales » en dehors des repas et, par ailleurs, des poussées de folliculite.

A l'examen on constate une augmentation modérée du volume hépatique ; l'utérus est petit, ante-versé fléchi ; les annexes sont normales. Rien à signaler par ailleurs.

Nous prescrivons :

— Manganèse-cobalt + Oligocrines Génital F
— Zinc-cuivre
— Cuivre-or-argent
— Fluor

Tout rentre à nouveau dans l'ordre et nous ne revoyons notre malade que plus d'un an après, le 26 décembre 1963. Elle s'était très bien portée jusqu'en septembre 1963. A cette époque recommencent progressivement les retards des règles (en dernier Mlle R... a eu un retard de vingt et un jours) accompagnés de troubles circulatoires des jambes. Ces symptômes apparaissent consécutivement à une crise de cystite hématurique colibacillaire traitée avec succès par Auréomycine et Fura-

doïne. Les règles sont peu abondantes, avec une interruption le troisième jour.

Le moral est bon, il n'y a pas d'angoisses, mais Mlle R... a des insomnies sauf pendant la durée des règles. Elle présente en outre des céphalées et des phénomènes faisant penser à une hyperfolliculinie prémenstruelle (mastodynie, ballonnements, etc...)

Nous prescrivons :

— Manganèse-cobalt + Oligocrines Génital F

— Manganèse-cuivre

— et une dose de Folliculinum 9 CH.

Nous voyons à nouveau notre malade un mois après : elle va bien et n'a plus ni céphalées, ni troubles circulatoires, ni insomnies, ni mastodynie. Elle a eu ses règles à la date prévue, mais celles-ci étaient encore peu abondantes et noirâtres. Par ailleurs, Mlle R... se plaint de quelques troubles digestifs de type pancréatique. Nous prescrivons un traitement d'entretien par :

— Zinc-nickel-cobalt + extrait pancréatique.

— Zinc-cuivre + Oligocrines Surrénales.

— Manganèse-cobalt + Oligocrines Génital F.

Ce traitement fait disparaître les quelques derniers troubles que présentait Mlle R... Celle-ci se marie à la fin de la même année. Aucun trouble ne nous a été signalé depuis cette époque.

OBSERVATION N° 6 : DÉPRESSION NERVEUSE

Diathèses III et IV.

(Exemple d'évolution vers l'anergie et la dystonie d'un terrain qui était « arthritique » à l'origine).

Directrice du service du personnel d'une entreprise importante, Mme H... G... vient nous consulter le 3 janvier 1962. Elle se plaint d'insomnie résistant aux somnifères qu'elle absorbe, d'asthénie intense, avec quasi disparition de toute sa vitalité et d'un état dépressif avec idées noires. Elle nous dit être « à bout de nerfs », « lasse de tout » et « déboussolée ». Elle ne nous parle qu'avec réticence de ces troubles, étant certaine que nous ne pourrions rien contre cet état, causé, selon elle, par son surmenage et ses nombreux soucis personnels. Elle avait d'ailleurs déjà consulté d'autres confrères à ce propos : elle a mal toléré les tranquillisants, et les somnifères ont été inopérants. Ceci ne fait que la renforcer dans son idée que, dans l'incapacité d'agir sur ses soucis et sur son surmenage, causes de sa dépression, aucun médecin ne pourrait l'aider à ce propos.

Mme H... est venue nous consulter surtout pour une lombo-sciatique qu'elle présente depuis plusieurs mois.

L'interrogatoire nous apporte en outre les éléments suivants :

— toux d'irritation (la malade fume beaucoup)
— l'asthénie est surtout de type matinal (l'état physique et intellectuel s'améliore le soir)
— il n'y a pas de fatigabilité physique ; la malade se sent mieux par l'activité physique au grand air
— elle n'est pas fragile des bronches mais il y a des antécédents familiaux tuberculeux

— la malade a présenté autrefois des migraines et des palpitations, sans angoisses
— depuis deux ans, sont apparus des troubles circulatoires des quatre membres : œdème des pieds et des chevilles ainsi que des crampes et des paresthésies des pieds et des mains
— la mémoire est moyenne
— l'attention se fatigue assez vite
— la malade est nerveuse, instable et a tendance à amplifier l'importance réelle des événements et des soucis ; elle présente des périodes de cafard, avec dégoût de la vie
— à noter, en outre, des vertiges aux changements de position.

L'examen clinique ne montre qu'un déhanchement (par accourcissement de un centimètre du membre inférieur gauche) et une scoliose dorso-lombaire.

En attendant les examens complémentaires, nous prescrivons du Cuivre-or-argent ainsi qu'un traitement sédatif de la toux.

Huit jours après, nous voyons à nouveau notre malade, qui est littéralement transformée : elle a pu dormir la nuit précédente pendant neuf heures (sans somnifère) et n'a plus d'idées noires. Elle en est d'ailleurs surprise car elle ne croyait guère à ce traitement.

La radiographie pulmonaire est normale ainsi que la vitesse de sédimentation. La numération globulaire ne montre qu'une anémie très discrète (4.180.000), avec légère neutropénie (51) et lymphocytose modérée (47).

Nous ajoutons au traitement du Manganèse-cobalt et des vitamines.

Deux mois et demi après, le 23 mars 1962, nous voyons à nouveau cette malade qui, pour employer ses propres termes « est dans une forme exceptionnelle ». Cela lui paraît « extraordinaire » car elle a pu faire tout son travail, des déplacements et a eu enfin « la faculté

de résoudre ses soucis ». Elle se sent mieux qu'elle n'a été depuis des années.

Elle n'a plus de troubles circulatoires des membres, ni vertiges, ni instabilité, ni idées noires. Ses facultés de concentration sont redevenues normales. Seules, les lombalgies n'ont pas changé. Une radiographie vertébrale ayant confirmé les troubles statiques, nous prescrivons du fluor et pratiquons, avec succès, quelques manipulations vertébrales, que nous avons dû répéter en 1963 et en 1966.

Des phénomènes asthéniques se sont manifestés à nouveau en 1966 et en 1970. Ils sont chaque fois rentrés dans l'ordre grâce à un traitement par Manganèse, Manganèse-cobalt et, de temps en temps, Cuivre-or-argent.

OBSERVATION N° 7 : RETARD DU DÉVELOPPEMENT STATURO-PONDÉRAL, INSTABILITÉ, ÉNURÉSIE, ASTHME, ETC...

Diathèses II, IV et V : (Hyposthénie, anergie et syndrome de désadaptation).

Nous voyons pour la première fois le jeune F. F..., âgé de douze ans, le 3 janvier 1958. D'emblée on est frappé par son instabilité et sa vivacité. Il ne tient pas en place, remue tout le temps et, lorsque sa mère lui enjoint de s'asseoir, il monte sur un tabouret sur lequel il reste accroupi, en équilibre sur les mains et la pointe des pieds, dans une attitude quasi simiesque.

Les antécédents familiaux du côté paternel sont de type arthritique. La mère de l'enfant présente une insuffisance surrénalienne et dans sa famille on trouve un cas de psychasthénie, un de diabète et un de tabès. Il y a également eu dans la famille un enfant mort-né après une grossesse de dix mois et pesant 5,250 kg à la naissance.

Le jeune F. F... lui-même a été souvent malade. Né à terme (il pesait quatre kilos en venant au monde) il présente à quinze jours une hémorragie méningée suivie de pemphigus généralisé. Il vit jusqu'au quatrième mois sous tente à oxygène. On trouve ensuite dans ses antécédents, les éléments suivants :

— des convulsions jusqu'à l'âge de huit mois
— des rhinopharyngites et des otites à répétition, avec douze doubles paracentèses avant l'âge de trois ans, déterminant adénoïdectomie et amygdalectomie à cet âge. Moins nombreuses après cette intervention et une cure à Cauterets, les otites ont cependant récidivé à plusieurs reprises jusqu'à la date de notre examen.
— des abcès à répétition jusqu'à l'âge de neuf ans

— une coqueluche à trois ans et demi est suivie d'une primo-infection avec « voile » pulmonaire (à quatre ans).
— les rhinopharyngites récidivantes sont suivies, à partir de ce moment, par des poussées d'asthme, calmées par la théophylline
— des poussées fréquentes d'entéro-colite
— affaiblissement plantaire avec poussées de talalgie
— rougeole vers huit ans et demi. A la suite de cette affection, les réactions tuberculiniques redeviennent négatives. On pratique le B.C.G. à neuf ans
— une énurésie rebelle à tous les traitements essayés.

Au moment où nous faisons la connaissance de cet enfant, il est en classe de sixième dans un cours particulier. Il a quand même du mal à suivre l'enseignement, notamment pour les raisons suivantes :

— du fait de ses multiples maladies il manque souvent les cours ;
— il fixe mal son attention ;
— il a une nette fatigabilité intellectuelle : il est épuisé après trois mois de classe.

A l'examen, l'enfant est bien proportionné. Il pèse 32 kg pour une taille de 1,33 m, taille et poids stationnaires depuis deux ans (l'enfant en souffre car il est plus petit que sa sœur de deux ans et demi plus jeune et, d'autre part, il est parmi les plus petits d'une classe d'enfants plus jeunes que lui).

Le système pileux est très développé sur les quatre membres. Il n'y a ni poils axillaires, ni poils pubiens. L'évolution dentaire accuse un retard de trois ans selon l'estimation du stomatologiste qui suit le jeune F...

La radiographie pulmonaire montre un aspect de « grisaille » avec accentuation de la trame broncho-vasculaire et des hiles légèrement augmentés de volume.

L'hémogramme présente une neutropénie modérée à 47 % et une lymphocytose à 48 %.

Il s'agit donc, en somme, d'un enfant intelligent mais extrêmement fragile, énurétique, présentant des rhino-pharyngites, otites et abcès à répétition, de l'asthme, un retard dentaire de trois ans, un arrêt du développement staturo-pondéral depuis deux ans et une instabilité psychomotrice.

Nous sommes obligés, devant un tableau aussi complexe, de « sérier » les questions. Nous commençons donc le traitement par : « Manganèse-cuivre, Soufre, Fluor, associés à un traitement hépatique (Opochol) et à des vitamines.

Deux mois après, en mars 1958, l'enfant paraît notablement changé : il n'a plus d'asthme ni de troubles intestinaux. Il est plus stable et fournit un bon travail scolaire. Il reste cependant énurétique.

Nous prescrivons alors Cuivre-or-argent, Zinc-nickel-cobalt associés à l'opothérapie (thyroïde, rate, thymus).

En octobre 1958, l'état général s'est encore amélioré. Le jeune F... a fait un bon dernier trimestre scolaire et l'énurésie va mieux : il n'y a plus d'accidents que si l'enfant est très fatigué ou s'il a bu trop de liquide le soir. Il se plaint de quelques « fringales » et de polydypsie (sans diabète). Nous prescrivons le même traitement auquel nous ajoutons du Fluor et des extraits d'os total.

L'évolution continue favorablement. En 1959 on constate une reprise de la croissance. En mars 1960, l'état général est bon, le travail scolaire excellent : l'enfant est premier de sa classe ! Il y a encore des fringales et une soif notable, sans diabète. Les canines commencent à apparaître. Le jeune F... s'endort tard. Nous prescrivons cette fois-ci : Zinc-cuivre avec opothérapie (thyroïde - hypophyse - orchitique) Zinc-nickel-cobalt + extrait pancréatique, Manganèse et, le soir, Aluminium.

En septembre 1960, l'énurésie ainsi que les otites ont disparu complètement. Quelques poils pubiens sont apparus. Le développement staturo-pondéral continue.

En avril 1961, la taille est de 1,50 m et le poids de 41 kg. Six mois après (octobre 1961) : taille 1,53 m. Les poils sont plus nombreux sur le pubis mais inexistants à la région axillaire. Nous prescrivons à nouveau du Zinc-cuivre avec la même opothérapie et nous ajoutons de l'Arginine.

En juin 1962 (à seize ans) le jeune F... mesure 1,59 m, pèse 49 kg ; il a de nombreux poils pubiens et un léger duvet axillaire. Traitement : Zinc-cuivre + Oligocrines Génital H, Manganèse + Oligocrines rate et thymus, Arginine.

En novembre 1964, le retard statural a été rattrapé puisque, à dix-huit ans, ce jeune homme mesure 1,70 m. Le développement sexuel est normal. Il est en classe de mathématiques élémentaires et les résultats scolaires sont excellents.

Nous avons revu M. F... F... en 1966 à l'occasion d'une vaccination en vue d'un voyage à l'étranger. Il se porte tout à fait bien et poursuit des études supérieures.

OBSERVATION N° 8 : ALGO-NEURO-DYSTROPHIE DÉCALCIFIANTE SÉVÈRE DU PIED DROIT

Diathèses II et IV.

Madame T... A... âgée de cinquante-cinq ans, habitant une ville du Centre-Ouest de la France, se fait transporter à Paris par ambulance le 11 septembre 1958 pour venir nous consulter. C'est, nous dit-elle, une dernière tentative de traitement médical avant d'accepter l'amputation.

Madame T... présente en effet, depuis un an, un gros œdème douloureux du pied droit rendant la marche impossible. La mobilisation des métatarsiens est très douloureuse ainsi que la palpation des cunéiformes.

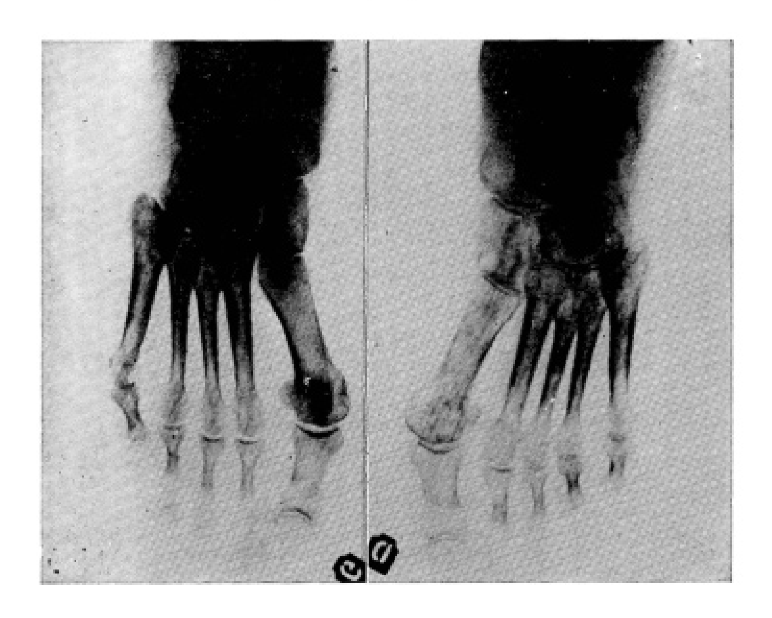


Fig. N° 9 — Obs. N° 8 — Mme T... 22-7-1958.
Avant le traitement catalytique.



Fig. N° 10 — Obs. N° 8. Mme T... 25-10-1958.

Un mois et demi après le début du traitement catalytique.

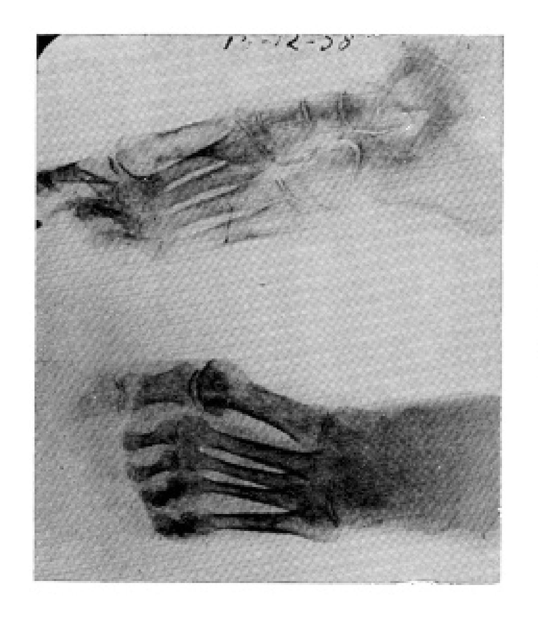


Fig. N° 11 — Obs. N° 8. Mme T... 13-12-58.

Trois mois après le début du traitement catalytique.

La radiographie montre une ostéo-arthrite sous-astragalienne avec ostéoporose importante de l'avant-pied droit.

Dans les antécédents, il faut noter :

— hystérectomie pour fibrome en 1949

— tuberculose pulmonaire en 1953

Cette dernière affection est guérie, mais Madame T... reste fatigable et présente une rhinopharyngite chronique, des algies erratiques, des troubles circulatoires des quatre membres, de l'anxiété et des angoisses. Les examens biologiques ont indiqué :

— Vitesse de sédimentation : 5-12-92 et 6-16-74

— Urines stériles

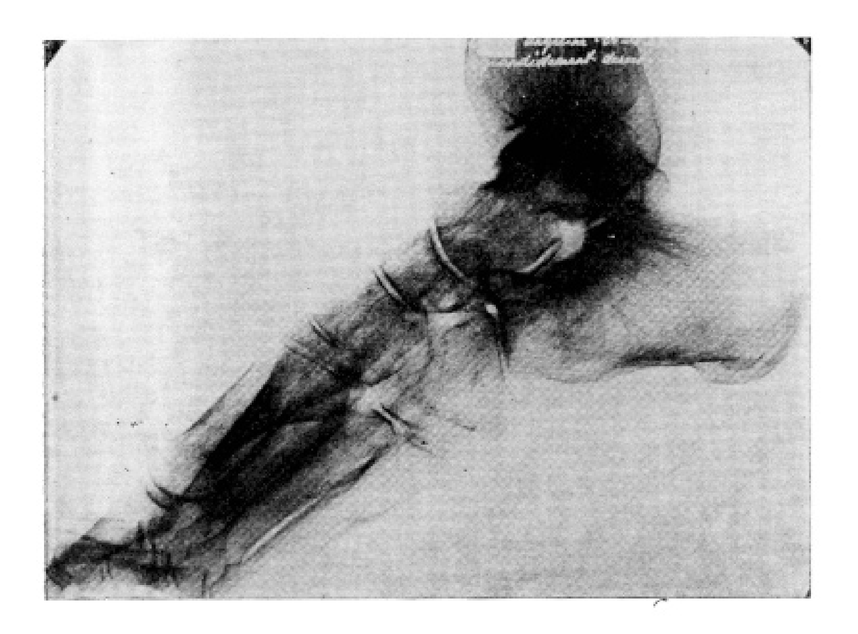


Fig. N° 12 — Obs. N° 8 — Mme T... 25-4-1959.
Sept mois et demi après le début du traitement catalytique : Aspect radiologique normal.

— Sero-diagnostic : négatif
— gono-réaction : négative
— azotémie : 0,45
— tubage gastrique : négatif
— phosphatases acides : 1,04 U. King
— phosphatases alcalines : 3 U. Bodanski
— phosphorémie : 33 mg/litre
— calcémie : 93,2 mg/litre.

Bien entendu, depuis un an qu'elle souffre, cette malade n'est pas restée sans soins, que ce soit à son domicile ou lors d'un séjour à l'hôpital de sa ville.

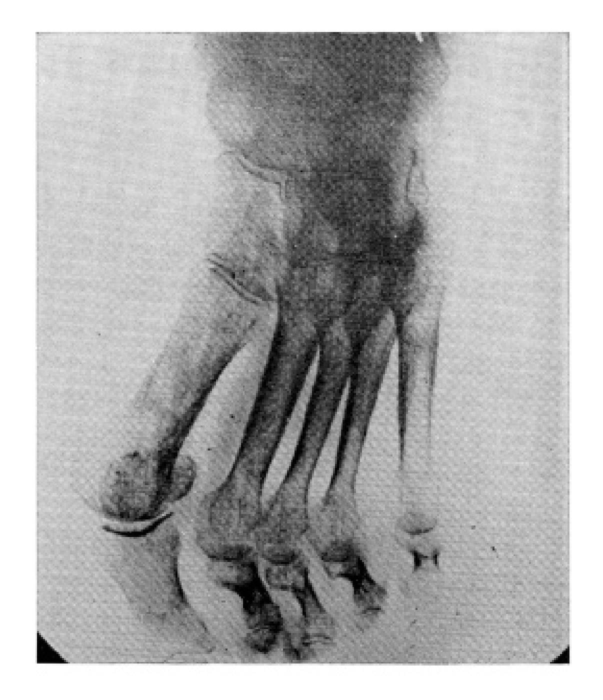


Fig. N° 13 — Obs. N° 8 — Mme T... 25-4 1959. Sept mois et demi après le début du traitement catalytique : Aspect radiologique normal.

Depuis le début de sa maladie (octobre 1957) jusqu'en septembre 1958, elle a reçu :

— 36 g de streptomycine
— 300 mg d'isoniazide par jour pendant trois mois
— cinquante perfusions de P.A.S.
— soixante-huit injections intraveineuses de calcium
— dix-neuf injections de 5 mg d'oestradiol retard, à raison de deux injections par semaine,
et une quantité non précisée de :
— hormone somatotrope
— vitamine D à 15 mg
— Phénylbutazone injectable
— salicylate de sodium intraveineux et par voie buccale
— prednisone
— aspirine
— Pyrocat
— hydrocortisone + novocaïne en infiltrations locales
— panthénol injectable
— vitamine B 12 mille.

On a pratiqué en outre dix séances de radiothérapie locale anti-inflammatoire, on a fait plusieurs plâtres et, en désespoir de cause, devant la souffrance de la malade et son incapacité totale de se servir de ce membre, on a proposé l'amputation du pied droit.

Pour nous, le terrain à la fois hyposthénique et anergique ne faisant pas de doute, nous avons prescrit · Manganèse-cuivre, Cuivre-or-argent, Cuivre et Fluor et nous avons ajouté des extraits d'os total et des extraits embryonnaires.

Sous l'action de ce traitement, un mois et demi plus tard, l'état de la malade est nettement amélioré : le 28 octobre 1958, le médecin traitant de cette malade, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, nous écrit :

« Je suis heureux de vous apprendre que l'état du pied de Mme T... s'est très sensiblement amélioré depuis la mis en œuvre de votre traitement, qui a été exécuté ponctuellement. Localement, il y a beaucoup moins d'œdème, les points douloureux plantaires sont nettement moins sensibles ; radiologiquement, l'astragale et le calcanéum sont redevnus quasi normaux, le cuboïde et les cunéiformes nettement moins géodiques qu'auparavant. Même constatation pour les métatarsiens ».

En décembre 1958, apparaissent des troubles de la vue avec hypertension de l'artère centrale de la rétine. Avertis par le médecin traitant, nous conseillons à celui-ci de prescrire du Cobalt comme anti-spasmodique artériel, et pensant à la possibilité d'une éventuelle hypersensibilité au cuivre, une dose homéopathique de Cuprum 9 CH. On continue en outre le traitement par les catalyseurs : Cuivre-or-argent, Fluor, Magnésium, des extraits embryonnaires et d'os total et, enfin, magnésium à dose pondérale.

Peu après, les troubles oculaires cèdent. L'état osseux continue à s'améliorer. La marche devient possible et en juillet 1959, la malade vient à nouveau à Paris pour nous consulter et nous montrer ses derniers clichés (du 25 avril 1959) qui mettent en évidence une nette amélioration radiologique. Madame T... peut marcher avec des cannes, monter et descendre des escaliers. Elle se suffit à elle-même tant dans sa maison que pour faire ses courses. Il y a un léger œdème de la cheville à la fatigue, mais la malade ne souffre, modérément d'ailleurs, qu'après une marche prolongée. L'asthénie a diminué, mais la vue reste encore déficiente. A noter en outre quelques crampes des deux jambes. La tension artérielle est normale.

On continue le traitement par Cuivre-or-argent, Manganèse-cuivre, Fluor, Cobalt, Magnésium (à dose catalytique et à dose pondérale) extraits embryonnaires et plus tard, extrait placentaire.

Nous avons revu cette malade pour la dernière fois le 15 juillet 1960. A cette date, elle marchait avec une seule canne. Elle avait repris son travail depuis trois mois mais présentait des troubles nerveux (angoisses, poussées dépressives, insomnies) et circulatoires (jambes lourdes, violacées).

Un dernier traitement est prescrit : Cuivre-or-argent, Manganèse-cobalt et Fluor.

En septembre 1960, la malade nous écrit pour nous faire savoir que malgré quelques troubles du sommeil qui persistent, son état s'est encore amélioré : elle souffre moins de ses membres inférieurs et continue ses activités normalement.

OBSERVATION N° 9 : POLYARTHRITE RHUMATOIDE

Diathèses II et IV.

M. B... Victor, âgé de cinquante-deux ans, présente au début juillet 1964, après une infection intestinale traitée par sulfamides et antibiotiques, un œdème douloureux de la cheville gauche, évoluant par poussées et imposant l'alitement à la fin du mois. Malgré des essais thérapeutiques par phénylbutazone, salicylates, aspirine, iode et soufre, les poussées se multiplient et, progressivement, les mains, les coudes, le genou droit, le rachis cervico-dorsal sont successivement atteints. La température vespérale avoisine 39°.

En septembre 1964, dans l'hypothèse d'un rhumatisme goutteux, on essaye les inhibiteurs de la biosynthèse de l'acide urique, la colchicine et, enfin, la prednisone : la température redevient normale, un coude devient moins douloureux, mais tout le reste demeure stationnaire. Par contre, dès l'arrêt de la prednisone, la fièvre réapparaît et les algies augmentent d'intensité. Cette évolution continue malgré un traitement antibiotique, aspirine et autres calmants.

C'est alors, le 3 octobre 1964, que nous voyons ce malade pour la première fois. La cheville gauche est très enflée, violacée et si douloureuse, que même le poids d'une couverture légère est insupportable. Les deux coudes sont enflés et raides ainsi que les deux épaules et le genou droit. Le rachis est douloureux et également raide, les articulations des deux poignets et de tous les doigts sont enflées et les mouvements des doigts sont très limités.

Les examens biologiques énumérés brièvement, donnent les résultats suivants à cette époque :

— Antistreptolysines : 60 unités
— Fibrinémie : 7 g 20/litre

— Uricémie : 0,045 g 0/00
— Réaction de Waaler-Rose : négative
— Réaction au latex : négative
— Vitesse de sédimentation : 72 mm à la première heure (après avoir varié avec les divers traitements).
— Recherches virologiques (sur prélèvement urétral et conjonctival) : négatives.

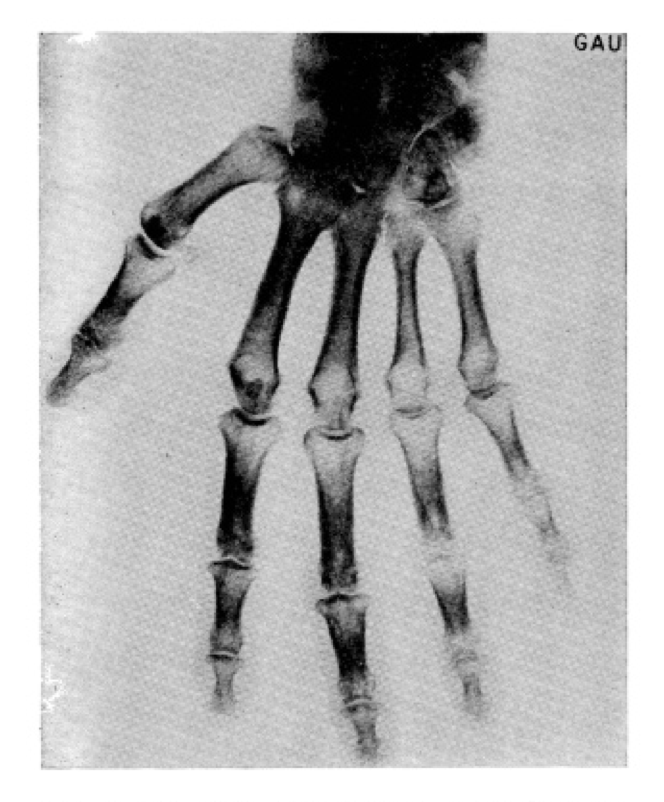


Fig. N° 14 — Obs. N° 9 — M.B... Victor 9-10-1964 Main gauche. Aspect porotique des os du carpe. Ostéoporose « en bandes » du voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes.

Les radiographies pratiquées le 9 octobre 1964 révèlent un aspect normal du rachis et du bassin, à part quelques manifestations arthrosiques banales. Par contre les images sont beaucoup plus révélatrices sur les clichés des pieds et des mains :

— Effacement des interlignes métatarsiens
— Ostéoporose en « bandes » au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes
— Aspect porotique des os du carpe.

Les antécédents de M. B... sont intéressants :

— Tuberculose pulmonaire cavitaire en 1950.

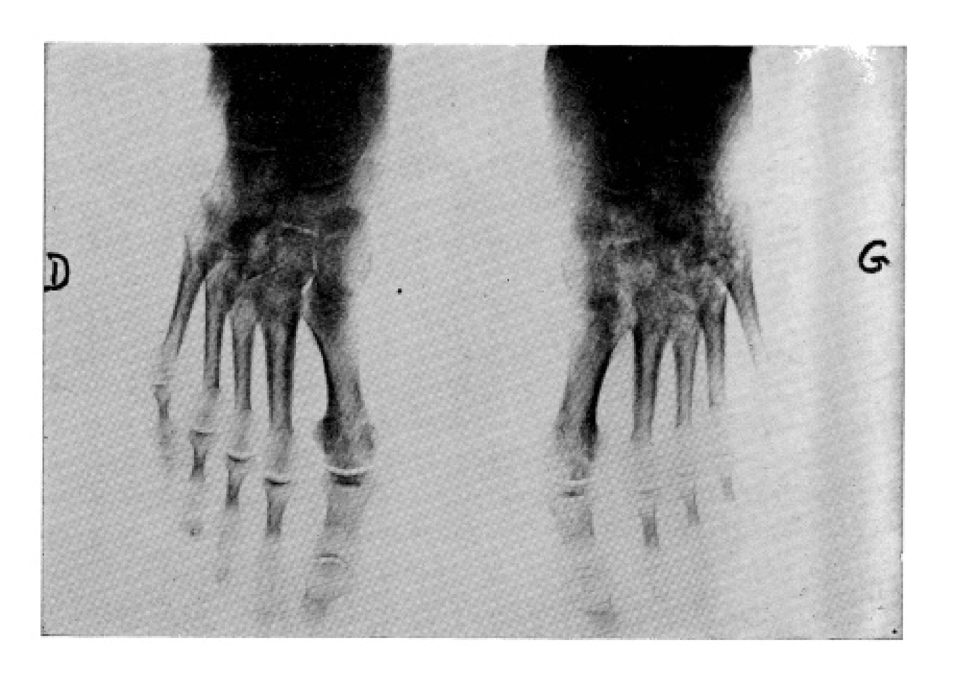


Fig. N° 15 — Obs. N° 9 — M.B... Victor 21-12-1964.
Effacement des interlignes tarso-métatarsiens avec atteinte osseuse, prédominant à gauche.

— Pneumothorax (avec section des brides) entretenu pendant cinq ans. Guéri en 1955, le malade reste pourtant fragile des bronches.
— Entérocolite chronique ancienne
— Crise de furonculose en 1963
— Quelques troubles intellectuels avec difficultés à se concentrer.

Du point de vue diathésique, ce malade entrait à la fois dans le cadre de la diathèse II (Hyposthénie) et IV (Anergie). Nous avons donc prescrit « Manganèse-cuivre » et « Cuivre-or-argent » ainsi que du Cuivre, pour son action anti-inflammatoire, et du Potassium et Magnésium, pour leur action antirhumatismale particulière.

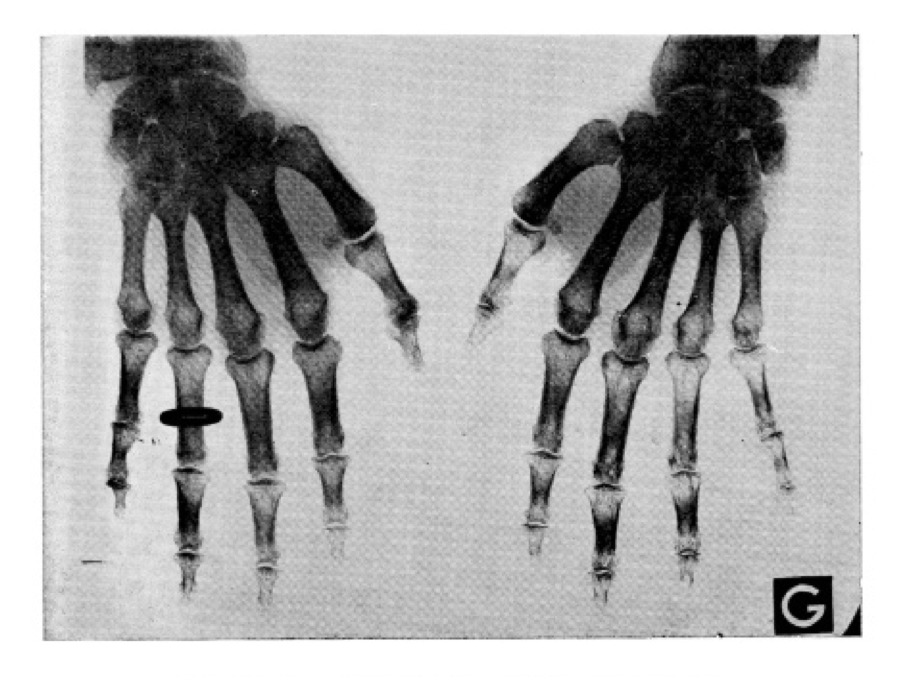


Fig. N° 16 — Obs. N° 9 — M.B... Victor 18-1-1967. Aspect ostéo-articulaire quasi normal des deux mains.

Un traitement chrysothérapique a été institué en même temps, quoique assez mal toléré. L'aspirine est continuée à raison de huit à dix comprimés par jour.

Peu à peu le tableau clinique s'améliore. En fin novembre 1964, le pied gauche est encore enflé, mais la marche est devenue possible. Les algies et raideurs encore intenses le matin, diminuent vers 11 h ou 12 h. La vitesse de sédimentation est à 60 à la première heure, la fibrinémie à 3,10 g. Les radiographies des pieds, faites le 21 décembre 1964 ne montrent toutefois pas de changement notable.

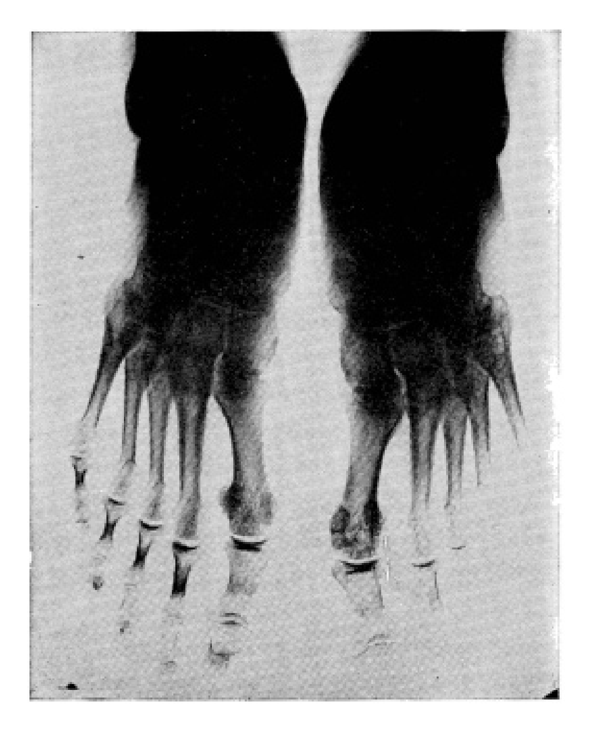


Fig. N° 17 — Obs. N° 9 — M.B.. Victor 18-1-1967.
Aspect ostéo-articulaire quasi normal des deux pieds.

On continue le même traitement, mais assez rapidement on est obligé d'arrêter la chrysothérapie pour intolérance hépato-rénale.

Malgré quelques poussées passagères de faible importance, l'amélioration continue : en mars 1965, la vitesse de sédimentation est à 32 à la première heure et le malade ne prend plus que trois à cinq comprimés d'aspirine par jour. Les raideurs de la nuque diminuent. Le malade peut fermer la main gauche (sauf le cinquième doigt) sans cependant pouvoir serrer le poing.

Le 20 avril 1965, la V.S. descend à 15 à la première heure. En mai 1965, on peut supprimer l'aspirine. En juin 1965, les épaules sont beaucoup plus souples, le cou ne gêne qu'en torsion extrême, les genoux et la cheville gauche sont encore un peu douloureux, le malade peut serrer normalement les deux mains.

Le travail est repris pendant l'été 1965 sous un traitement d'entretien par les mêmes oligo-éléments.

L'amélioration continue en 1966.

En février 1967, l'état est le suivant :

— articulations souples
— force musculaire des mains récupérée complètement : le malade, malgré une certaine déformation des doigts (en « M ») sans ankylose, peut serrer le dynamomètre à 110 des deux côtés.
— la vitesse de sédimentation est à 11 mm à la première heure
— hémorragie, azotémie, tests hépatiques sont normaux
— les radiographies des pieds et des mains montrent une véritable transformation des articulations qui ont retrouvé un aspect quasi normal.

Un traitement d'entretien est prescrit, basé sur les mêmes oligo-éléments auxquels nous ajoutons du Fluor.

A Pâques 1968, l'état est tellement satisfaisant que, sans nous en parler, M. B... arrête tout traitement.

En juillet de la même année, M. B... fait une angine avec bronchite ; les antibiotiques qu'il prend déclenchent une crise intestinale avec diarrhée muco-membraneuse. Peu de temps après, apparaissent des algies lombo-sciatiques auxquelles s'ajoutent peu à peu des raideurs du rachis cervical, des algies scapulaires droites, un œdème du genou, puis des deux chevilles.

Devant l'intensité des troubles survenus pendant les vacances, M. B... est hospitalisé. A ce moment on trouve :

— vitesse de sédimentation à 68 à la première heure
— fibrinémie : 5,10 g/l
— Waaler Rose : négatif
— rectoscopie : sigmoïdite avec diverticulite, sans lésion néoplasique
— ponction du genou : stérile
— recherche virologique : négative.

Un traitement anti-inflammatoire (non commercialisé en expérimentation à l'hôpital) entraîne une sédation des phénomènes douloureux mais reste sans action sur les tuméfactions articulaires et sur la raideur. Le traitement catalytique est repris en août 1968 par M. B... de son propre chef mais, malheureusement de façon insuffisante. La température est subnormale.

Le 23 août, le malade sort de l'hôpital avec une prescription d'antibiotiques pour une durée de trois semaines. De nouvelles poussées articulaires ont lieu pendant ce temps.

Le 14 septembre 1968, la vitesse de sédimentation est à 105 à la première heure et la fibrinémie à 9 g/l

Un traitement par les antipaludéens de synthèse est institué le 18 septembre. Cinq jours après, les chevilles désenflent partiellement et quelques pas deviennent possibles dans l'appartement, avec des cannes anglaises. Cependant aucun progrès n'est constaté ensuite, jus-

qu'au 11 octobre 1968, date où nous revoyons ce malade (pour la première fois depuis sa rechute). A cette date, soit après trois semaines de traitement par les antipaludéens de synthèse, l'état du malade se présente comme suit :

— genou droit : enflé, douloureux et raide
— cheville droite : œdémateuse et chaude
— index droit : raide et douloureux.
— Les raideurs sont en général plus nettes dans la matinée, et à nouveau le soir. Le malade prend deux comprimés d'aspirine toutes les deux heures. L'état général est assez altéré, avec un amaigrissement de 6 à 7 kg depuis la rechute.
— La vitesse de sédimentation est à 100 à la première heure et la fibrinémie à 9,40 g/l.

Nous laissons continuer le traitement antipaludéen et ajoutons à ce traitement les oligo-éléments suivans : « Cuivre-or-argent », « Manganèse-cuivre », « Cuivre », « Fluor », « Potassium», et « Magnésium ». En trois semaines (le 6 novembre 1968) la vitesse de sédimentation tombe à 52 à la première heure ; le malade peut marcher sans cannes entre 14 et 17 heures. Le genou droit est beaucoup moins enflé. La cheville droite est encore enflée mais n'est plus chaude.

Trois semaines plus tard (le 25 novembre 1968) l'état du malade est le suivant :

— vitesse de sédimentation : 50 à la première heure
— fibrinémie : 5,80 g/l
— la marche est possible dans l'appartement, sans cannes, de 11 heures jusqu'à 21 heures.
— des sorties sont possibles pour de petites promenades dans son quartier mais pour cela, par prudence, le malade garde ses cannes.
— M. B... peut monter ses escaliers sans cannes, mais celles-ci sont nécessaires pour descendre.
— le genou droit n'est plus enflé et il ne reste qu'une petite zone douloureuse sur le côté externe.

— la cheville droite n'enfle plus qu'à la fatigue, le soir, mais est normale le matin.

Aux environs du 20 décembre 1968, le traitement par les antipaludéens de synthèse doit être abandonné à cause d'une réaction inflammatoire oculaire, réaction qui disparaît progressivement, en l'espace de quinze jours après l'arrêt de ce traitement. Sur le plan rhumatismal, l'évolution continue favorablement.

Le malade est vu à nouveau le 8 janvier 1969. Bien qu'il continue à prendre de l'aspirine (jusqu'à huit ou dix comprimés par jour, pour ne pas souffrir) il ne ressent des douleurs articulaires nettes qu'avant 10 h 30 du matin. Il marche sans cannes et peut parcourir environ 250 mètres sans s'arrêter. Les chevilles ne sont pas encore normalement souples, ce qui le gêne pour monter ls escaliers. Il peut par contre conduire sa voiture. La main droite peut être fermée complètement malgré un léger œdème qui persiste au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne de l'index. La douleur ne survient qu'en cas de flexion forcée des doigts sur les métacarpiens, à un angle dépassant 100°.

Par ailleurs, les troubles intestinaux ont disparu. La vitesse de sédimentation, en date du 7 janvier 1969, est à 24 à la première heure. Le traitement est continué par oligo-éléments et aspirine, mais celle-ci est abandonnée aussi à partir d'avril 1969.

Le travail, qui avait été repris à mi-temps à partir du 15 janvier 1969, est assuré à temps complet à partir du 1er avril 1969.

L'évolution continue favorablement à part quelques incidents mineurs, tels qu'un furoncle de la nuque et parfois du pyrosis.

Nous voyons à nouveau M. B... le 1er décembre 1970. Pendant les six derniers mois, il n'a accusé du point de vue rhumatismal que quelques craquements articulaires, une certaine gêne dans les genoux en descendant les

escaliers et quelques douleurs discrètes au niveau de l'épaule droite. Les articulations sont souples à l'examen et la mobilité est normale. Des radiographies faites pour contrôle dans le service où ce malade avait été hospitalisé en 1968 n'avaient rien montré de particulier.

Fin août 1970, M. B... a fait une cure, bien supportée, à Bourbonne-les-Bains.

Un bilan biologique pratiqué au début janvier 1971 a montré un hémogramme quasi normal : une uricémie, une azotémie et une cholestérolémie normales, une glycémie légèrement augmentée (à 1 g 30/1) et une vitesse de sédimentation à 23 à la première heure.

Depuis cette date, aucune nouvelle évolution ne s'est manifestée et le malade poursuit son travail normalement.

Il s'agit donc dans le cas de ce malade, d'une polyarthrite rhumatoïde qui a mal réagi aux traitements classiques tant qu'ils ont été utilisés seuls, mais qui a évolué favorablement dès qu'ils ont été associés aux catalyseurs métalliques. Ces derniers ont permis ultérieurement, même utilisés seuls, une récupération fonctionnelle et sociale tout à fait satisfaisante.

OBSERVATION N° 10 : POLYARTHRITE RHUMATOIDE ANCIENNE

Diathèses II et IV.

M. B... Robert, âgé de cinquante-neuf ans, vient nous consulter pour la première fois, le 10 janvier 1970. Il est atteint d'une « polyarthrite chronique évolutive » depuis douze ans.

Il a été traité, au début, pendant quatre ans, par des corticoïdes mais ceux-ci ont dû être supprimés lors de l'apparition d'une ischémie myocardique. En 1963, on a essayé les sels d'or qui ont amélioré partiellement le tableau. On les remplace ensuite par l'indométacine qui a eu l'avantage d'améliorer notablement les douleurs. Malheureusement, M. B... n'a jamais pu tolérer plus de 25 mg de ce médicament par jour : dès l'augmentation des doses, apparaissent des phénomènes neuro-psychiques de type « dédoublement ». La phénylbutazone et les antipaludéens de synthèse se sont révélés totalement inopérants.

Par ailleurs, l'interrogatoire nous fournit les renseignements suivants :

— M. B... a été victime en 1942 d'une intoxication par le bromure de méthyle. Après un coma de quatre jours, il a présenté pendant quatre ans des crises de type comitial. De plus, il lui est resté, comme séquelles de son intoxication, une certaine tendance au bégaiement et une parésie du membre supérieur droit qui l'empêche d'écrire de la main droite ;
— une pleurésie avec épanchement peu important s'est déclarée en 1964. Cette pleurésie, ponctionnée, semble avoir guéri sans traitement spécifique ;
— la même année, M. B... aurait fait une phlébite ;
— depuis 3-4 mois, un œdème malléolaire et susmalléolaire dur, rouge, douloureux, de la jambe gauche s'ajoute à des paresthésies qui gênent sa marche : il

traîne la jambe et, depuis un an, il a l'impression de marcher « sur du coton » ;

— il est en outre porteur d'une hernie inguinale droite.

Les antécédents familiaux sont imprécis, le malade n'ayant pas connu sa mère.

Sur le plan de sa polyarthrite, les phénomènes douloureux ont commencé aux pieds et ont ultérieurement atteint les membres supérieurs.

Au moment où nous voyons M. B... la première fois, son état est le suivant :

— des cervicalgies réveillent le malade la nuit
— les genoux sont douloureux
— il y a un blocage de presque toutes les articulations des membres supérieurs :
— l'élévation antérieure des bras est limitée à l'horizontale (en mouvement forcé)
— l'abduction des bras ne dépasse pas 45° (même en surélevant l'épaule)
— la rotation interne des membres supérieurs est quasi impossible
— la flexion des coudes est limitée à environ 100°
— la flexion-extension des poignets est nettement limitée
— les mains sont déformées en « coup de vent » discret avec doigts en « M ». Le malade ne peut fermer les poings : il peut juste fléchir les doigts (tendus et raides) à 90° sur les métacarpiens
— les doigts ne peuvent s'écarter que peu et difficilement.
— les membres inférieurs sont également raides : le malade ne peut lever les jambes. Il ne peut ni s'habiller, ni se chausser sans l'aide d'une tierce personne.
— le cou et le tronc sont également raides.

Malgré cette limitation des mouvements, M. B... peut assurer un travail de bureau.

Bien entendu, M. B... accuse une asthénie et une fatigabilité intenses.

La vitesse de sédimentation se maintient en moyenne entre 40 et 50 mm à la première heure et, en particulier à la date du 13 janvier 1970 elle est à 45 mn. A la même date, l'uricémie est à 74 mg/l et l'azotémie à 0,47 g/l. La cholestérolémie est normale mais le pouvoir cholestérolytique est négatif (— 10 %). La réaction de Waaler Rose est positive jusqu'à 1/512 et le test au latex positif jusqu'à 1/3200. La constante d'Ambard est à 0,126. Des radiographies des mains et des épaules (voir les clichés) montrent :

— aspect de fusion des os du carpe (disparition des interlignes) avec micro-géodes.
— disparition de l'interligne radio-carpien droit
— atteinte des articulations métacarpo-phalangiennes des pouces et index.
— micro-géodes des têtes des 3e et 4e métacarpiens à droite et des 2e, 3e et 4e à gauche
— articulations inter-phalangiennes pincées avec rétraction irréductible des phalanges distales de presque tous les doigts
— la tête humérale gauche présente également un aspect géodique.

Par ailleurs, il faut noter des troubles cardio-vasculaires : une hypertrophie ventriculaire gauche importante, une hypertension artérielle (variant entre 18-9 1/2 et 20-10 malgré un traitement hypotenseur) et des varices des membres inférieurs.

Nous prescrivons comme catalyseurs : Cuivre-or-argent, Manganèse-cuivre, Cuivre, Fluor par voie perlinguale et, par voie intra-musculaire, Potassium et Magnésium. Nous ajoutons du « Spécyton cartilage-parathyroïde », en suppositoires, une pommade anti-inflamma-

toire pour la cheville gauche et un léger éliminateur de l'acide urique.

Comme M. B... nous dit que l'indométacine ne le calme plus (sans doute vu les faibles doses tolérées) nous la faisons supprimer et remplacer par l'aspirine qui, aux dires du malade, le soulage aussi bien.

Nous voyons à nouveau M. B... le 27 juin 1970. Il va beaucoup mieux :

— l'état général est meilleur
— les gestes coutumiers sont plus souples et plus faciles
— la marche est normale
— l'élévation des bras est beaucoup plus importante
— les cervicalgies (qui empêchaient le sommeil auparavant) ont disparu
— les paresthésies et l'œdème du membre inférieur gauche ont disparu également
— le malade peut à nouveau conduire sa voiture, tourner le volant sans difficultés, faire « marche-arrière » en se servant cependant de quelques « bricolages ».
— il n'y a plus d'algies ni des poignets, ni des genoux, ni des chevilles
— les mouvements des membres supérieurs sont plus amples et plus aisés : le malade peut se coiffer, mettre ou enlever un tricot de corps sans l'aide d'une tierce personne, etc...
— la flexion partielle des doigts devient possible : le malade peut presque fermer le poing (les phalanges distales arrivent à environ trois centimètres de la paume de la main). Il peut séparer ses doigts normalement. Il peut déboucher une bouteille.

On continue le même traitement. Nous voyons à nouveau M. B... fin septembre 1970. Son dernier examen biologique montre :

— hémogramme normal
— uricémie = 0,62
— azotémie = 0,45
— constante d'Ambard : 0,132
— réaction de Waaler Rose : positive jusqu'à 1/512
— test au latex : positif jusqu'à 1/1600
— vitesse de sédimentation : 13 à la première heure (indice de Katz = 14).

Le malade nous dit que sa vitesse de sédimentation n'a jamais été aussi basse depuis douze ans.

Par ailleurs, l'état de M. B... est satisfaisant : il marche normalement, sans gonalgies. Il peut s'habiller

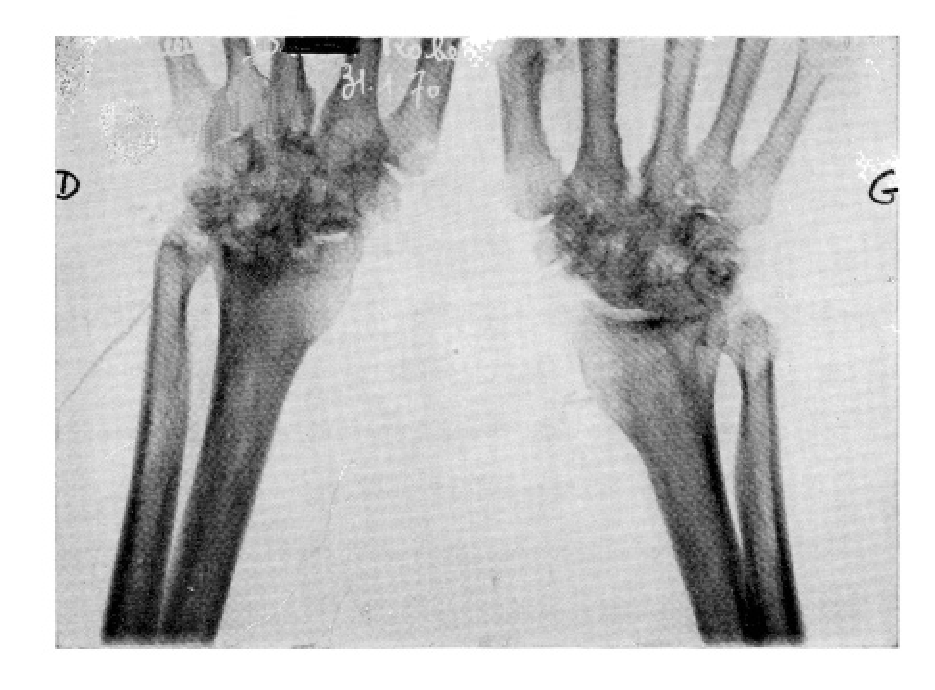


Fig. N° 18 — Obs. N° 10 — M.B... Robert 31-1-1970.
Effacement complet des interlignes articulaires des deux régions carpiennes, avec destruction osseuse.

seul, se coiffer, etc... L'élévation antérieure du bras gauche dépasse l'horizontale d'environ 55°. Le bras droit ne dépasse que de 15° cette ligne.

En rotation interne, la main droite arrive derrière le dos à la base de l'hémi-thorax gauche ; la main gauche touche la pointe de l'omoplate droite.

Il n'y a pas de cervicalgies. Le malade peut bien lever la tête et la tourner d'environ 45° de chaque côté. La flexion des coudes est normale. La force musculaire des mains revient. Le malade circule à cyclomoteur et arrive à serrer son frein ! Il n'a plus besoin de « bricolages » pour conduire sa voiture. L'asthénie a nettement diminué.

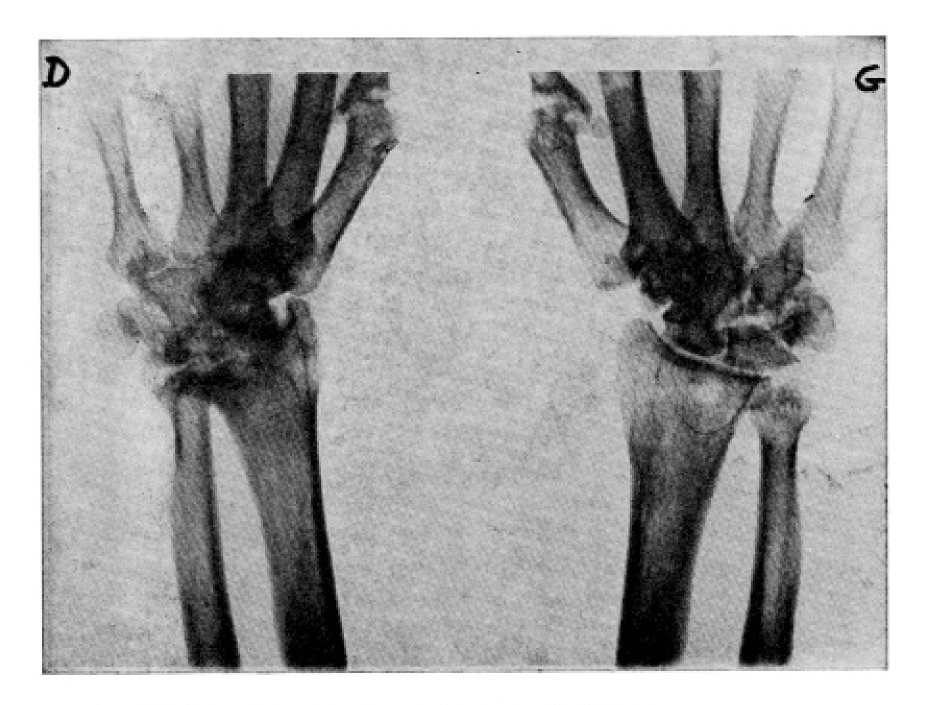


Fig. N° 19 — Obs. N° 10 — M.B. Robert. 23-1-1971.
Un an plus tard : reconstitution ostéo-articulaire quasi complète des deux régions carpiennes.

Le même traitement est continué, auquel on ajoute du magnésium à dose pondérale. Nous apprenons ultérieurement que ce traitement n'est pas régulièrement suivi vu que le malade se sent bien.

Des radiographies du 23 janvier 1971 (voir figure n° 19) montrent une légère amélioration au niveau du carpe et du métacarpe surtout à gauche, avec interlignes osseux plus visibles. Par contre, la vitesse de sédimentation s'est élevée à nouveau à 40 à la première heure (Indice de Katz : 36). La tension artérielle restant élevée à 20-10 malgré les hypotenseurs prescrits par le médecin traitant, nous ajoutons au traitement déjà indiqué les fois précédentes, les oligo-éléments Manganèse + Iode.

Lors de notre examen du 15 mai 1971, la vitesse de sédimentation est redescendue à 14 à la première heure (Indice de Katz = 15,5) et la tension artérielle à 16,5-9. Les mouvements des membres supérieurs sont encore plus amples : le malade « se sent presque normal ». Les genoux et hanches sont libres. Le bras gauche se lève presque jusqu'à la verticale. Le bras droit dépasse d'environ 20° l'horizontale en élévation antérieure. En élévation latérale, les deux bras s'élèvent jusqu'à l'horizontale. La rotation interne des membres supérieurs est semblable à l'examen précédent.

Le poignet gauche peut faire des mouvements de flexion-extension jusqu'à environ 45°. Au poignet droit, ces mouvements sont limités environ à 20°.

Le traitement continue avec les mêmes catalyseurs.

Le 11 septembre 1971, nous apprenons qu'un mois auparavant, M. B... a été victime d'un accident de voiture au cours duquel il a été blessé au nez, à la lèvre supérieure, aux genoux, et a eu des contusions thoraciques importantes, sans fractures. Cet accident n'a pas eu de répercussions sur son affection rhumatologique.

Sa V.S. est à 16-36 avec un indice de Katz à 17. Il nous dit avoir suivi régulièrement le traitement sauf les Oligosols Potassium et le Magnésium (qu'il avait arrêté

fin juillet). Il nous dit sentir plus de mobilité dans les épaules, ce qui lui permet de mettre plus facilement sa veste. La rétropulsion des bras est quasi normale. La rotation interne des bras se maintient également très satisfaisante : la main droit va (en arrière et à gauche) jusqu'au niveau de la ceinture et la main gauche atteint la pointe de l'omoplate droite.

La flexion des doigts a progressé aussi : il atteint les paumes des mains avec les 4e et 5e doigts ; le 3e doigt gauche arrive à environ 0,5 cm de la paume ; le 2e doigt de cette même main arrive à 2 cm de la paume. A droite, l'index et le médius accusent une flexion légèrement inférieure à celle de leurs homologues gauches.

Sa T.A. (sous Aldomet) est à 17,5-9. A noter en outre que la vision du malade semble s'être améliorée : il nous dit que, tout en ayant besoin de ses lunettes pour écrire, il peut s'en passer pour les autres actes courants (tels par exemple que de lacer ses souliers).

Certes, cette observation manque de recul puisque, à la date où nous écrivons ces lignes il n'y a qu'à peine un peu plus d'un an et demi que nous soignons ce malade. Nous avons cependant pensé qu'il n'était pas sans intérêt de relater ce cas de P.C.E. ayant débuté douze ans avant notre premier examen. Nous avons rapporté ce cas d'autant plus que, en dehors de l'aspirine, aucun traitement « classique » n'a pu être associé à dose utile au traitement catalytique, les traitements réputés les plus actifs ayant été, dans le cas particulier, soit contre-indiqués, soit inopérants.

OBSERVATION N° 11 : ACNÉ ROSACÉE ET PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE

Diathèses III et IV et syndrome de désadaptation.

Mlle P..., âgée de quarante-neuf ans, vient nous consulter le 8 juillet 1968 pour deux affections apparemment fort différentes : acné rosacée et périarthrite scapulo-humérale gauche.

En réalité, Mlle P... venait nous trouver surtout pour sa périathrite car elle avait pratiquement perdu l'espoir de guérir de son acné rosacée pour laquelle de multiples traitements avaient déjà été essayés sans succès. Et, comme par ailleurs, les rhumatologues consultés pour la périarthrite n'osaient pas utiliser dans ce but les médications classiques de peur de provoquer une aggravation de son acné, Mlle P... nous était adressée pour un traitement par l'acupuncture.

C'est donc nous qui, nous basant sur les résultats maintes fois obtenus dans cette affection, avons proposé à cette malade de nous occuper aussi de sa rosacée.

Un troisième élément était à prendre en considération lors de cette première consultation : une infection intestinale récente qui était responsable d'une nouvelle poussée d'acné rosacée.

L'interrogatoire de Mlle P... nous apprend qu'elle n'a jamais eu une peau normale. Acnéique depuis l'adolescence, elle a présenté à vingt-et-un ans un eczéma infecté au visage. L'acné a continué par la suite, avec des pousses plus ou moins intenses. En 1964, elle a été traitée, sans succès, dans un hôpital particulièrement réputé pour ses services de dermatologie. En 1966 elle a eu des « furoncles » sur le visage.

Au début 1967, elle présente un nouveau « furoncle » localisé cette fois à l'extrémité de son nez. Un traitement antibiotique (Erythromycine puis Pénicilline-streptomycine) reste sans effet. Le dermatologue consul-

té prescrit alors dix injections du vaccin antipyogène de Bruschettini sans qu'il y ait d'amélioration. Par contre, peu de temps après, apparaissent des pustules suintantes sur la joue droite.

En avril 1967, on essaie les gamma-globulines qui se révèlent également inopérantes.

Peu de temps après, pour soigner une angine pultacée, on prescrit à notre malade un traitement par la cyclomycétine. En quelques jours se développe alors une rosacée typique sur les deux joues, le menton, le front, le nez. Mlle P... consulte à nouveau des dermatologues mais les traitements restent inefficaces. Une cure à Uriage semble avoir un petit effet favorable et l'encourage à y retourner un an après, en 1968. Lors de cette dernière cure on pratique des scarifications et des pulvérisations d'eau d'Uriage : une nette amélioration se dessine, mais dès son retour à Paris, une infection intestinale remet tout en cause. Le problème est encore compliqué par le fait que, lors de sa première cure à Uriage en 1967, Mlle P... a fait une chute qui a déterminé sa périarthrite scapulo-humérale. Comme nous le disions plus haut, les rhumatologues n'osent appliquer aucun traitement (en dehors de la griséofulvine et des injections d'eau d'Uriage qui restent d'ailleurs inopérantes) de peur de provoquer une nouvelle poussée de rosacée.

Les radiographies de l'épaule gauche pratiquées en mars et mai 1968 ne montrent aucune anomalie.

Localement, pour les soins du visage, Mlle P... utilise un savon désinfectant, des lotions à l'alcool de lavande et à l'eau de vie camphrée, ainsi qu'une crème cortisonique.

Nous apprenons en outre, que notre cliente présente :

— une asthénie matinale et vespérale
— une nette fatigabilité
— des crises d'hypoglycémie pré-prandiales



Fig. 20 et 21 — Obs. N° 11.
Mlle P... 13-7-1968.
Avant le traitement catalytique.

Fig. 22 et 23
Obs. N° 11 — Mlle P... 23-11-1968.
Quatre mois après le début du traitement catalytique.



Fig. 24 et 25 — Obs. N° 11. Mlle P... 14-10-1969
Fin du traitement catalytique. Guérison.

— des ballonnements post-prandiaux
— quelques troubles circulatoires des membres inférieurs
— des crises d'angoisse
— un psychisme cyclique avec, parfois, des périodes dépressives.

Après une très courte thérapeutique désinfectante intestinale, nous avons commencé le traitement par les catalyseurs oligo-métalliques. Etant donnés les symptômes et le comportement psychologique de notre cliente, il nous a semblé certain que sur le plan diathésique, Mlle P... devait faire partie des diathèses III et IV (dystonique et anergique) et qu'il y avait de plus un élément du syndrome de désadaptation, soit un déséquilibre hypophyso-pancréatique.

Nous avons donc prescrit les catalyseurs correspondant à ces diathèses, c'est-à-dire les associations : « Manganèse-cobalt », « Cuivre-or-argent » et « Zinc-nickel-cobalt » tout en demandant la suppression de la crème cortisonique.

En même temps, nous commencions le traitement de la périarthrite scapulo-humérale par l'acupuncture. En septembre 1968 nous avons, de plus, prescrit, à titre adjuvant, un traitement local à base de Manganèse-Cuivre. En novembre 1968 l'amélioration est sensible. Le mois suivant nous ajoutons au traitement déjà indiqué du « Cobalt » comme catalyseur du système vago-sympatique. En effet, malgré l'amélioration tant de son état général que local, Mlle P... se trouve malheureuse, pleure facilement, est timide, a le « trac », etc... Peu à peu, ces troubles rentrent dans l'ordre en même temps que cède la périathrite sous l'action de l'acupuncture.

Par la suite, lors de quelques périodes de difficultés professionnelles ou de soucis d'ordre familial, la malade fait, parfois, une petite réaction cutanée passagère et de faible importance ; les mêmes réactions apparaissent de façon irrégulière, lors de l'absorption de quelques aliments difficiles à digérer. Ces petites récidives, minimes, sont d'ailleurs de plus en plus rares.

Ultérieurement nous avons eu l'occasion de revoir de temps en temps Mlle P... pour des troubles circulatoires des membres inférieurs ou encore pour des lombalgies après efforts. Le visage allait toujours très bien malgré l'arrêt du traitement. La malade avait, en outre, retrouvé son équiilbre nerveux et un bon moral.

De son propre aveu, Mlle P... n'a jamais eu, même avant sa rosacée, un teint aussi satisfaisant.

OBSERVATION N° 12 : PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE ET ARTHROSE VERTÉBRALE

Diathèses III et IV.

Mme S..., horticultrice, âgée de quarante-sept ans, vient nous consulter en mars 1966 pour une périarthrite scapulo-humérale gauche accompagnée de fortes algies et raideurs cervicales ainsi que d'algies dorsales et lombaires. Les scapulalgies empêchent le sommeil.

La périarthrite avait débuté environ deux mois auparavant. Passagèrement calmée par trois infiltrations cortisoniques, la malade avait recommencé à souffrir peu de temps après. Douze séances de radiothérapie, tant sur la région cervicale que sur la région scapulo-humérale s'étaient révélées également sans effet.

Les radiographies montraient :

1) une spondylarthrose qui était accompagnée dans la région cervicale d'une forte uncarthrose et dans la région lombaire d'une lyse isthmique bilatérale au niveau de L5
2) une massive calcification du tendon du sus-épineux gauche.

Mme S... présentait en outre un mauvais état général :

— amaigrissement de 4 kg
— asthénie globale avec poussées d'asthénie cyclique du type « crises hypoglycémiques »
— varices avec jambes lourdes
— angoisses à type de striction épigastrique
— des envies de pleurer fréquentes
— un désintérêt et un « dégoût de tout » sans, cependant de mélancolie vraie.

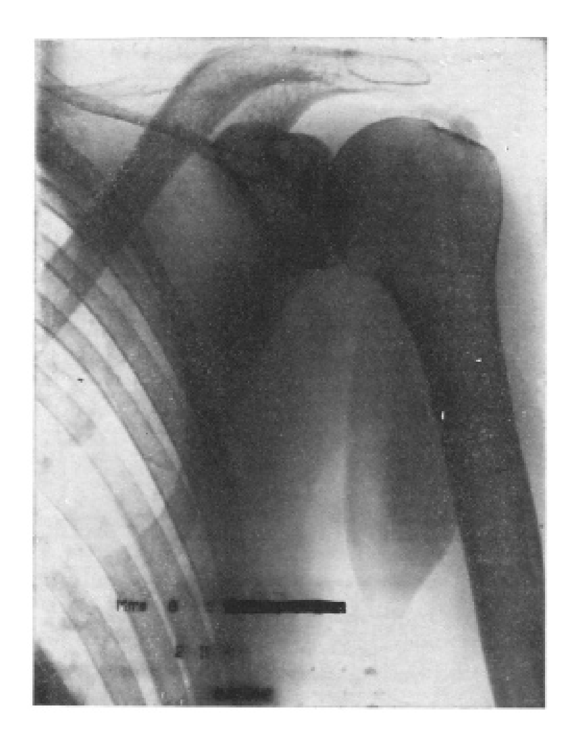


Fig. N° 26 — Obs. N° 12 — Mme S... 2-2-1966
Avant traitement.

Malgré tous ces troubles et malgré la fatigue et les mauvaises nuits, la malade continue un travail très fatigant.

Le traitement a comporté les catalyseurs suivants :

— par voie perlingule :
  — Cuivre-or-argent
  — Manganèse-cobalt
  — Fluor
  — Phosphore

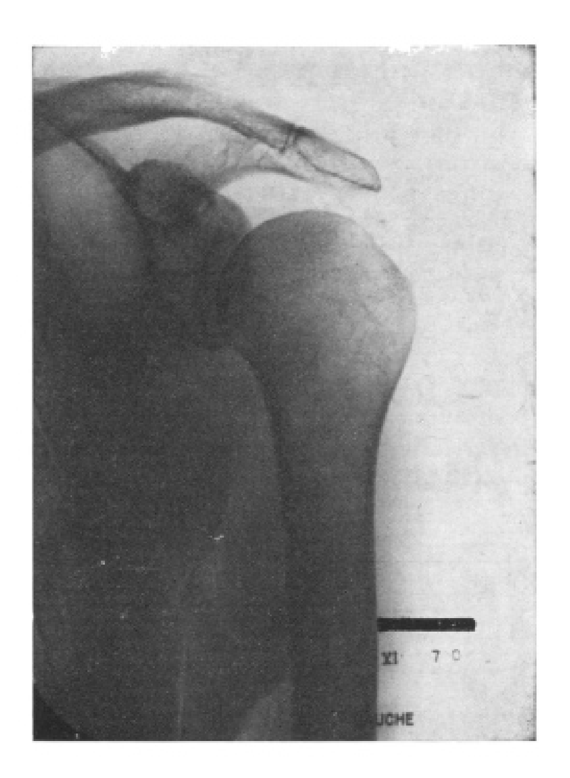


Fig. N° 27 — Obs. N° 12 — Mme S...
23-11-1970.
Radiographie de contrôle trois ans après la fin du traitement.
Disparition de la calcification tendineuse.

— par voie intra-musculaire :
— Potassium
— Magnésium.

Nous y avons associé un décontractant musculaire, des calmants ainsi que, ultérieurement, acupuncture et, de temps en temps, des manipulations vertébrales.

L'évolution (tant sur le plan local que général) a été favorable et progressive, quoique interrompue par-

fois par des poussées douloureuses dues en particulier aux phénomènes arthrosiques. Cette évolution s'est étalée sur environ un an. Les scapulalgies ont pratiquement cessé à partir du mois de mai 1967, mais de temps en temps nous avons continué à voir cette malade à l'occasion de diverses rachialgies en rapport avec la spondylarthrose et surtout provoquées par ses efforts professionnels.

Lors d'une de ces crises d'algies rachidiennes, nous avons fait pratiquer (en novembre 1970 (un contrôle radiologique de l'épaule gauche et avons eu la satisfaction de constater, avec un recul de trois ans, qu'il y avait eu non seulement guérison clinique, mais aussi que l'énorme calcification du tendon du sus-épineux gauche avait complètement disparu.

OBSERVATION N° 13 : MALADIE DE PAGET

Diathèses III et IV.

Nous connaissions déjà Mme H... que nous avions eu l'occasion de traiter, avec succès, pour des algies post-zostériennes en 1965 et pour des rachialgies en 1966.

Nous la voyons à nouveau le 23 avril 1971 alors que, âgée de soixante-douze ans, elle se plaint d'algies violentes de la jambe gauche dont les deux tiers supérieurs sont tuméfiés et chauds surtout au niveau du tibia.

Nous apprenons alors que, depuis que nous ne l'avions plus revue, elle avait présenté :

— de 1967 à 1968, des crises douloureuses des deux genoux et du pied gauche et qu'elle avait reçu, dans les genoux, quelques infiltrations cortisoniques pratiquées par un confrère sans examen radiologique préalable.
— en août 1970, une fracture de la cheville droite.

Lors de cette fracture, des radiographies avaient été faites, qui avaient révélé, selon les renseignements fournis par la malade, en dehors de la fracture même, des signes de maladie de Paget au niveau du pied droit et de la hanche droite. Aucun traitement ne fut envisagé pour cette affection : on avait d'ailleurs dit à Mme H... qu'il n'y avait pas de thérapeutique pour cette maladie. Comme par ailleurs elle ne souffrait pas beaucoup, elle a continué ses activités d'enseignante.

Nous lui faisons faire de nouvelles radiographies qui mettent en évidence de nettes atteintes pagétiques

— du calcanéum droit
— du genou et du tibia gauche avec un épaississement important de la corticale antérieure de cet os.

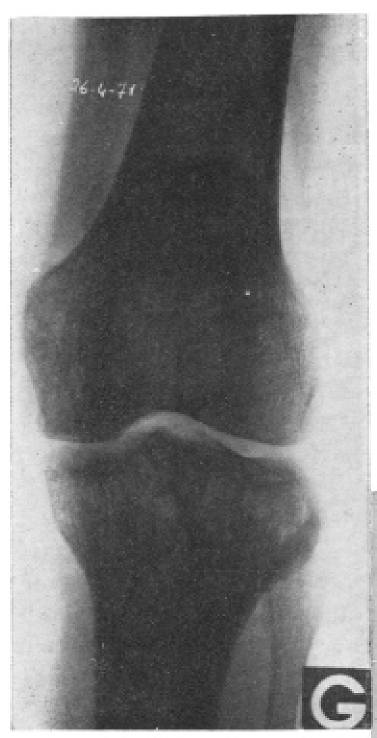


Fig. N° 28 — Obs. N° 13.
Mme H... Maladie de Paget.
26-4-1971.

Genou gauche (face) avant le traitement catalytique.



Fig. N° 29 — Obs. N° 13.
Mme H... Maladie de Paget.
4-10-1971.

Genou gauche (face) après cinq mois et demi de traitement catalytique.

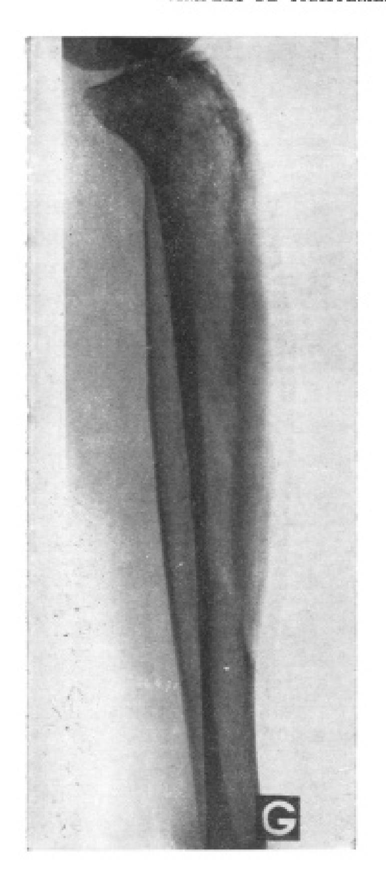


Fig. N° 30 — Obs. N° 13 — Mme H... Maladie de Paget 26-4-1971. Jambe gauche (profil). Avant le traitement catalytique.

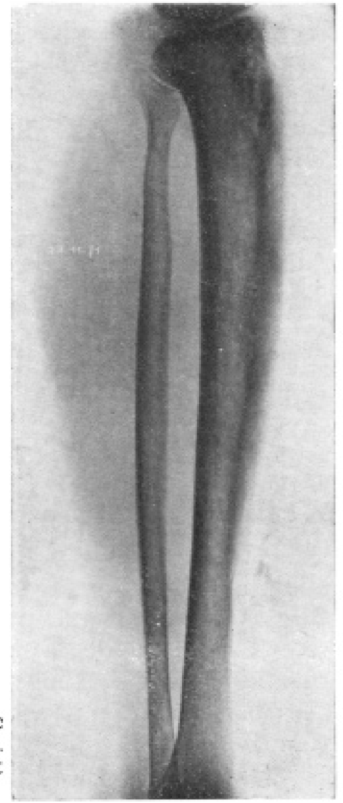


Fig. N° 31 — Obs. N° 13 — Mme H... Maladie de Paget 22-11-1971. Après sept mois de traitement catalytique.

Les examens biologiques faits en même temps indiquent les données suivantes :

— hémogramme : normal
— urée : 0,39
— constante d'Ambard : K = 0,123
— taux de prothrombine : 75 %
— test à l'héparine : isocoagulable
— vitesse de sédimentation : 9 — 27 (I K = 11)
— calcémie : 103 mg/l
— calciurie de 24 h : 240 mg/l
— glycémie : 0,86 0/00
— uricémie : 0,080 0/00
— phosphorémie : 40 mg/l
— phosphatases acides : 3 unités K.A.
— phosphatases alcalines : 25 unités K.A.

Pendant le laps de temps nécessaire pour effectuer ces examens, les phénomènes douloureux ont augmenté : la malade ne peut presque plus marcher sauf pour de courtes distances et sent les douleurs qui « la rongent nuit et jour », l'empêchant de dormir.

Nous prescrivons les oligo-éléments suivants :
— Manganèse-Cobalt
— Cuivre-Or-Argent
— Fluor
— Phosphore

et nous y associons des suppositoires de sérothérapie spécifique (cartilage-parathyroïde).

Nous voyons à nouveau Mme H... le 21 juin 1971 et elle nous dit ne plus avoir souffert depuis plus d'un mois. Elle marche presque normalement et accuse seulement une « fatigue » de la jambe gauche si elle monte des escaliers. Elle ne souffre plus la nuit et de ce fait elle dort bien. Le tibia gauche est moins tuméfié. Mme H... se plaint par contre de quelques rachialgies.

Nous prescrivons le même traitement auquel nous

ajoutons un uricosurique pour ne pas négliger un facteur goutteux qui pourrait être associé.

Fin juin 1971, Mme H... se tord la cheville droite, se fait une entorse mais pas de fracture. Elle nous dit ne plus avoir souffert de son tibia. En septembre 1971, le tibia gauche n'est toujours pas douloureux et les articulations (chevilles, genoux, hanches) sont souples et non douloureuses. Le 22 novembre 1971, la jambe gauche n'est toujours pas douloureuse mais la malade accuse encore une fatigue dans cette jambe à la marche prolongée. Les radiographies de contrôle du genou et de la jambe gauche montrent une amélioration sensible. Telle est la situation au moment où nous écrivons ces lignes.

Certes cette observation manque de recul, mais nous l'avons rapportée, tout de même, vu le résultat obtenu en moins de six mois sur une maladie réputée rebelle à toute thérapeutique : non seulement les douleurs ont cessé en moins d'un mois de traitement catalytique, mais on a pu constater une nette amélioration radiologique !

OBSERVATION N° 14 : PSORIASIS

Diathèses III et IV avec syndrome de désadaptation.

M. D... Maurice, ingénieur, âgé de soixante-quatre ans, vient nous consulter pour la première fois le 2 février 1971 pour un psoriasis quasi généralisé qui est apparu depuis un an et demi environ et qui est accompagné d'un prurit intense que rien ne calme. Il a consulté les spécialistes les plus réputés en cette matière qui lui ont prescrit bien entendu des traitements locaux à base d'acide salicylique, de colorants, de goudrons de houille et de corticoïdes... et l'ont assuré de toute leur compassion ! C'est que, en dehors de son psoriasis, le tableau clinique que présente M. D... est des plus complexes. En effet, il présente :

a) un asthme avec emphysème, déjà ancien (début en 1957) qui oblige d'être sous traitement corticoïde depuis plus de huit ans. Il suit en outre un traitement de désensibilisation (à la poussière domestique (accompagné d'inhalations d'ozone, de divers aérosols et de gymnastique respiratoire.

b) une hernie hiatale avec des crises d'aérogastrie bien pénibles.

c) un adénome de la prostate.

d) des troubles circulatoires des membres inférieurs qui sont cyanosés et qui présentent un net œdème dans la deuxième partie de la journée.

e) des crises d'hypoglycémie en fin de matinée accompagnées de somnolence post-prandiale.

f) un état anxieux avec irritabilité.

g) une hyperuricémie à 0,090 g.

Lors de notre examen, nous constatons l'existence de multiples éléments psoriasiques siégeant sur le cuir chevelu, le tronc, les quatre membres et, bien entendu, de non moins nombreuses lésions de grattage. En effet, le prurit persiste malgré les traitements locaux sus-

OBSERVATION N° 14 : M.D... Maurice



Fig. N° 32 — 11-2-1971.
Avant le traitement par les catalyseurs.

Fig. N° 33 — 29-6-1971.
Quatre mois et demi après le début du traitement.

Fig. N° 34 — 20-9-1971.
Sept mois après le début du traitement par les catalyseurs.

cités, utilisés « larga-manu » : le malade utilise chaque jour au moins un tube de pommade associant corticoïdes et goudrons de houille.

Nous prescrivons un traitement associant les oligo-éléments catalyseurs (Cuivre-or-argent, Manganèse-cobalt et Zinc-nickel-cobalt) à l'acupuncture.

Peu à peu, le prurit cède et le nombre des éléments psoriasiques diminue progressivement. Les membres inférieurs sont moins œdématisés et les orteils moins cyanotiques. En avril 1971, les « taches » cutanées sont moins rouges. L'état général est meilleur et M. D... peut entreprendre un voyage dicté par les besoins de sa profession.

En mai 1971, le prurit a disparu sauf de très rares poussées passagères. On peut pratiquement supprimer le traitement local. En juin 1971, un accident impose des injections de sérum antitétanique et d'antibiotiques. Ceci réveille son asthme mais n'influe pas sur l'évolution favorable du psoriasis.

L'été s'est passé assez bien, mais le 17 septembre 1971, une crise de rétention urinaire rend nécessaire d'abord la pose d'une sonde à demeure et quelques jours après la prostatectomie. Les suite opératoires ont été compliquées par une infection à pyocyaniques, un anémie à 3 000 000 d'hématies malgré plusieurs transfusions, une hyperazotémie, heureusement passagère et des crises de hoquet. Ces dernières ont cédé à l'acupuncture et l'état général, à l'heure où nous écrivons ces lignes (novembre 1971) s'améliore progressivement.

Quant au psoriasis, il a complètement disparu.

OBSERVATION N° 15 : ANÉMIE ET INSUFFISANCE RÉNALE FONCTIONNELLE

Diathèses III et IV.

Madame I... Marthe, âgée de soixante-quatorze ans vient nous consulter le 14 avril 1971.

Nous connaissons cette malade depuis environ vingt-cinq ans. Elle n'a jamais eu de maladies graves. Les seuls antécédents notables sont :

— une fragilité bronchique déterminant un épisode aigu presque tous les hivers (à noter qu'une de ses sœurs est décédée de méningite tuberculeuse)
— quelques troubles circulatoires des membres inférieurs
— quelques algies en rapport avec une arthrose rachidienne.

Par ailleurs, elle est suivie depuis deux ans, par un ophtalmologiste pour un début de cataracte.

Ses constantes biologiques ont été en général subnormales. Les quelques variations en hausse (modérée d'ailleurs) concernant le cholestérol, la glycémie, l'uricémie, ont toujours été passagères et ont cédé au régime alimentaire adéquat. Le taux de l'azotémie n'a jamais dépassé le « signal d'alarme » de Widal. Seule la vitesse de sédimentation a toujours été plus élevée que la normale et varie habituellement autour de 20 à la première heure.

Il faut encore noter chez cette malade un poids excédentaire de plus de 20 kg puisqu'elle pèse 81,500 kg pour une taille de 1,58 m.

Le 14 avril 1971 donc, Mme... vient à nouveau nous consulter, inquiète qu'elle est pour sa vue qui a beaucoup baissé récemment.

Avant de l'envoyer consulter son ophtalmologiste

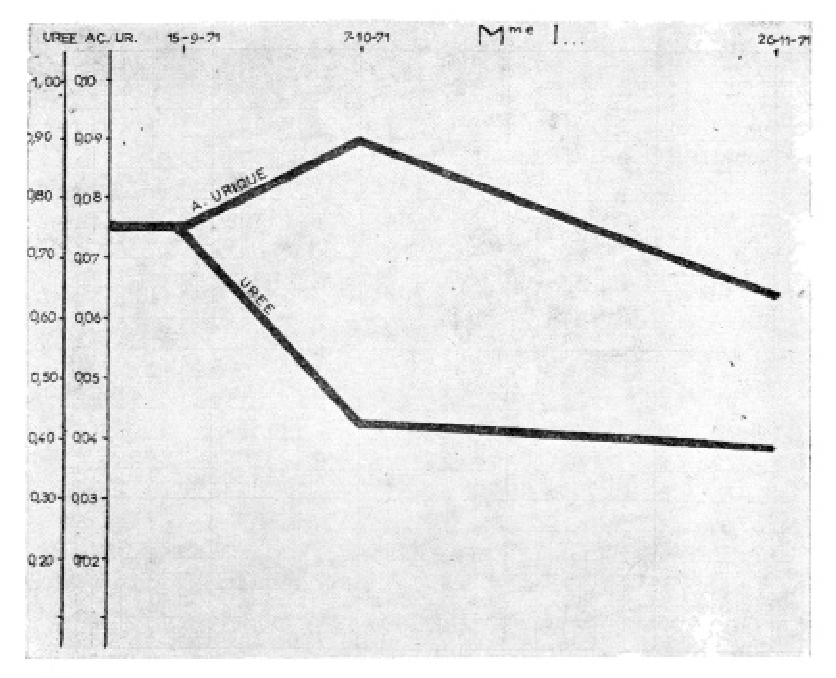


Fig. N° 35 — Obs. N° 15 — Mme I...
Evolution de l'uricémie et de l'azotémie du 15-9-1971 au 26-11-1971.

nous lui faisons refaire un petit « bilan biologique » qui donne les chiffres suivants :

— globules rouges : 4 135 000
— globules blancs : 5 800
— hémoglobine : 80 %
— valeur globulaire : 0,97
— hématocrite : 35
— polynucléaires neutrophiles : 55
— polynucléaires éosinophiles :7
— lymphocytes : 34
— monocytes : 4

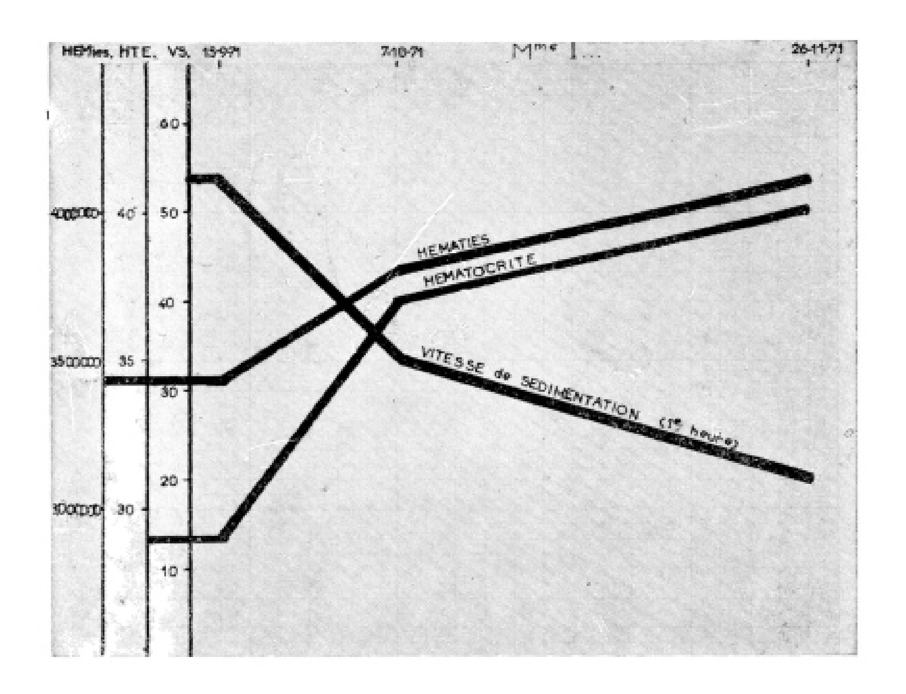


Fig. N° 36 — Obs. N° 15 — **Mme I...**
Evolution du nombre des hématies, de l'hématocrite et de la vitesse de sédimentation du 15-9-1971 au 26-11-1971.

— vitesse de sédimentation : 24 — 57 — 109 ; I.K. = 26,25
— azotémie : 0,42 0/00 (avec une constante d'Ambard à 0,126),
— pouvoir cholestérolytique : + 19 %
— glycémie : 0,95 0/00
— cholestérolémie : 2.70 0/00
— lipides totaux : 7,70 0/00
— triglycérides : 1,13 0/00

L'ophtalmologiste découvre une hypertension oculaire à 24 pour une T.A. 18-10. Il explique à notre malade

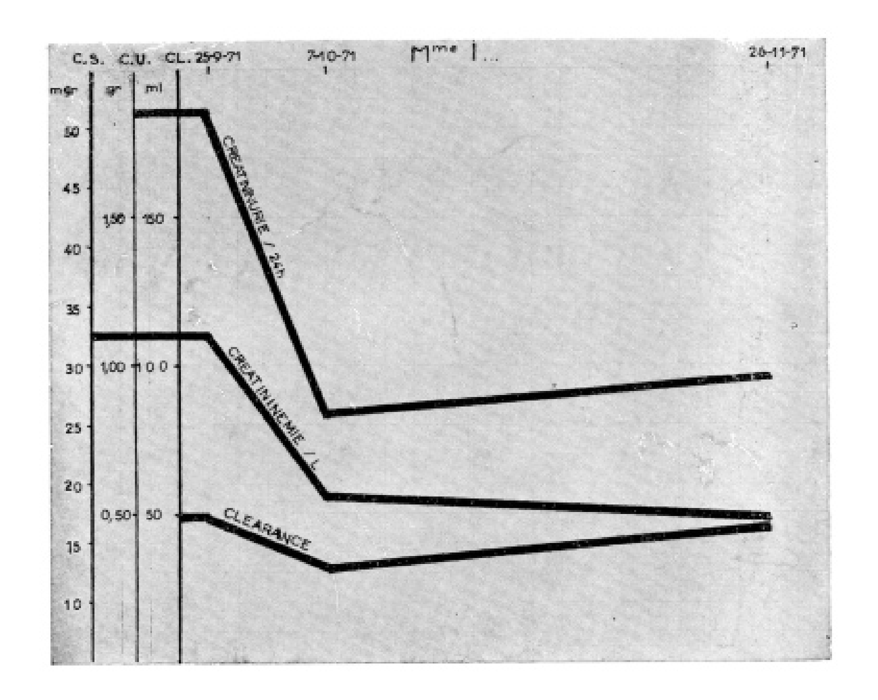


Fig. N° 37 — Obs. N° 15 — Mme I...
Evolution de la créatininurie de la créatininémie et de la clearance de la créatinine endogène, du 25-9-1971 au 26-11-1971.

les dangers du glaucome, la met à un régime très sévère et lui prescrit un traitement composé essentiellement d'acétazolamide accompagnée de potassium, de vaso-dilatateurs et naturellement d'instillations oculaires de pilocarpine.

Cependant, malgré des vacances reposantes en Savoie (d'où est originaire notre malade), à son retour à Paris son état nous inquiète : elle est pâle et fatiguée. Elle a maigri de 10 kg en cinq mois. Nous faisons pratiquer de nouveaux examens de laboratoire et voici les chiffres que nous trouvons le 15 septembre 1971 :

— globules rouges : 3 430 000
— globules blancs : 4 900
— hémoglobine : 10 g 40 % (65 %)
— hématocrite : 29
— plaquettes : 182 000
— polynucléaires neutrophiles : 59
— polynucléaires éosinophiles : 2
— lymphocytes : 38
— monocytes : 1
— vitesse de sédimentation : 53 — 82 — 133 ; I.K. = 47
— kaliémie : 4,8 mEq
— natrémie : 139 mEq
— azotémie : 0,75 0/00 (Constante d'Ambard 0,240)
— cholestérolémie : 2,62 0/00
— pouvoir cholestérolytique : + 6 %
— lipides totaux : 7,15
— triglycérides : 1,08

On complète les examens quelques jours plus tard par :

— chlore plasmatique : 102 mEq
— créatininémie : 33 mg/l
— créatininurie : 1,87/24 h
— clearance de la créatinine : 49,7

Devant ce tableau, nous demandons à l'ophtalmologiste si le traitement diurétique et vaso-dilatateur est encore nécessaire. Celui-ci constatant que la tension artérielle ainsi que la tension oculaire sont redevenues normales, permet l'arrêt de ces médications tout en continuant la pilocarpine locale.

Nous arrêtons donc le traitement général précédent à la fin septembre et prescrivons :

— Manganèse-Cobalt
— Cuivre-Or-Argent

Le 7 octobre 1971, les résultats du laboratoire sont les suivants :

— globules rouges : 3 800 000
— globules blancs : 7 700
— hémoglobine : 13,5 g
— hématocrite : 37,5
— polynucléaires neutrophiles : 68
— lymphocytes : 30
— monocytes : 2
— vitesse de sédimentation : 33 — 60 — 124 ; I.K. = 31,5
— azotémie : 0,43, clearance de l'urée : 21
— créatininémie : 18 mg/l
— créatininurie : 0,85 g/24 h
— clearance de la créatinine : 32
— uricémie : 0,090/1

L'état général de la malade s'est nettement amélioré. Sa T.A. se maintient normale et sa vision semble avoir fait des progrès. Nous continuons le traitement par les mêmes oligo-éléments.

Le 26 novembre 1971, nous avons le plaisir de constater les résultats biologiques suivants :

— globules rouges : 4 100 000
— globules blancs : 6 000
— hémoglobine : 13,5 g
— hématocrite : 40
— polynucléaires neutrophiles : 67
— éosinophiles : 2
— lymphocytes : 29
— monocytes : 2
— vitesse de sédimentation : 20 — 44 — 120 ; I.K. = 21
— azotémie : 0,39 0/00
— créatininémie : 14 mg/l
— créatininurie : 0,96 g/24 h
— clearance del a créatinine : 46

— cholestérol total : 2,45 0/00 — Pouvoir cholestérolytique = 0
— glycémie : 1 g 0/00
— lipides totaux : 6,5 0/00
— triglycéridémie : 1 g/l
— uricémie : 0,065 0/00

Certes, ces faits sont récents. D'autre part nous savons bien que la clearance de la créatinine n'est pas encore parfaite malgré le retour à des chiffres quasi normaux de la créatinine sanguine et urinaire. Cependant cette observation nous a paru assez démonstrative étant donnée la rapidité d'action sur un état pathologique fonctionnel d'origine probablement iatrogène. Il est intéressant d'autre part de noter que c'est justement le traitement de la diathèse déjà connue antérieurement comme étant celle de la malade qui a donné ce résultat.

L'élément iatrogène, dans le cas particulier, semble bien n'avoir pas joué un rôle « toxique » par lui-même. Il n'a été, à notre avis que le « stress » ayant déterminé une aggravation dans le sens du trouble diathésique déjà connu.

OBSERVATION N° 16 : TRISOMIE 21 (MONGOLISME)

Déséquilibre diathésique global.

Le jeune André P..., âgé de quatorze ans et demi, nous est présenté en consultation, le 5 novembre 1955.

Il ne parle pratiquement pas, a du mal à faire des phrases, paraît prostré, atone, il ne peut manger que des aliments réduits en purée car il ne mastique pas et n'arrive pas à déglutir les morceaux. Les organes génitaux sont anormalement développés. Il présente en outre des malformations et des anomalies de développement du rachis.

Le traitement médical s'est révélé jusqu'alors, soit inopérant, soit, la plupart du temps, mal toléré : le malade fait des réactions imprévisibles, entraînant des « blocages » du fonctionnement psycho-moteur avec la plupart des médicaments.

Admis (quelques mois avant notre premier examen) comme élève du Centre-médico-pédagogique du Docteur HOFFER, il commence, péniblement, à apprendre à lire, à écrire, à faire quelques additions et soustractions simples et à apprendre le début de la table de multiplication. Son travail est gêné par le fait même qu'il ne s'intéresse ni aux événements, ni aux objets qui l'entourent et qu'il n'arrive pas à fixer son attention.

Nous commençons le traitement par les oligo-éléments suivants :

- Zinc-cuivre (pour relancer ses fonctions endocriniennes)
- Aluminium (catalyseur des fonctions intellectuelles)
- Fluor (catalyseur du système ostéo-ligamentaire)
- vitamine D.

En l'espace de moins de deux mois, les fonctions intellectuelles semblent s'être « débloquées », il n'est plus « figé » : s'intérsse aux objets qui l'entourent, apprend

plus facilement ses leçons (il a appris la table de multiplication par 6). Il fixe mieux son attention, ses gestes sont plus minutieux (par exemple, il peut mettre ou enlever un disque sur la platine d'un électrophone) ; il prend quelques petites initiatives à la maison (telle par exemple que d'aller allumer le réchaud pour faire chauffer les aliments). Il serait trop long d'entrer dans les détails d'une évolution qui s'est poursuivie sur plus de quinze ans.

Pendant ce temps, au fur et à mesure des modifications obtenues et en tenant compte des réactions du jeune André P..., nous avons prescrit successivement * ou de façon associée, les oligo-éléments suivants :

— Manganèse
— Manganèse-Cuivre
— Zinc-Cuivre
— Fluor
— Aluminium
— Cuivre-Or-Argent
— Phosphore
— Manganèse-Cobalt
— Zinc-Nickel-Cobalt.

A la suite de cette thérapeutique, non seulement le malade va mieux, mais la tolérance à d'autres médicaments s'améliore aussi : nous pouvons ajouter quand nous l'estimons nécessaire, des « fortifiants », du calcium, des vitamines, des Specytons, etc...

(*) On verra sans surprise que les cinq « diathèses » sont représentées dans le traitement ci-dessus, en dehors même des oligo-éléments « à tropisme particulier ». En effet, comme nous l'avons déjà écrit plus haut (au chapitre « Quelques syndromes et les Catalyseurs correspondants) nous croyons que, chez le Mongolien, du fait même de son anomalie génétique, il existe une incapacité constitutionnelle de « fabriquer » ses catalyseurs et, « ipso facto » de synthétiser ses enzymes. Dans ce cas, le déséquilibre diathésique étant global, le traitement doit être multiple et poursuivi presque continuellement.

Fig. N° 38 — Obs. N° 16 — André P... en 1955. Avant le traitement catalytique.





Fig. N° 39 — Obs. N° 16 — André P... en 1956.

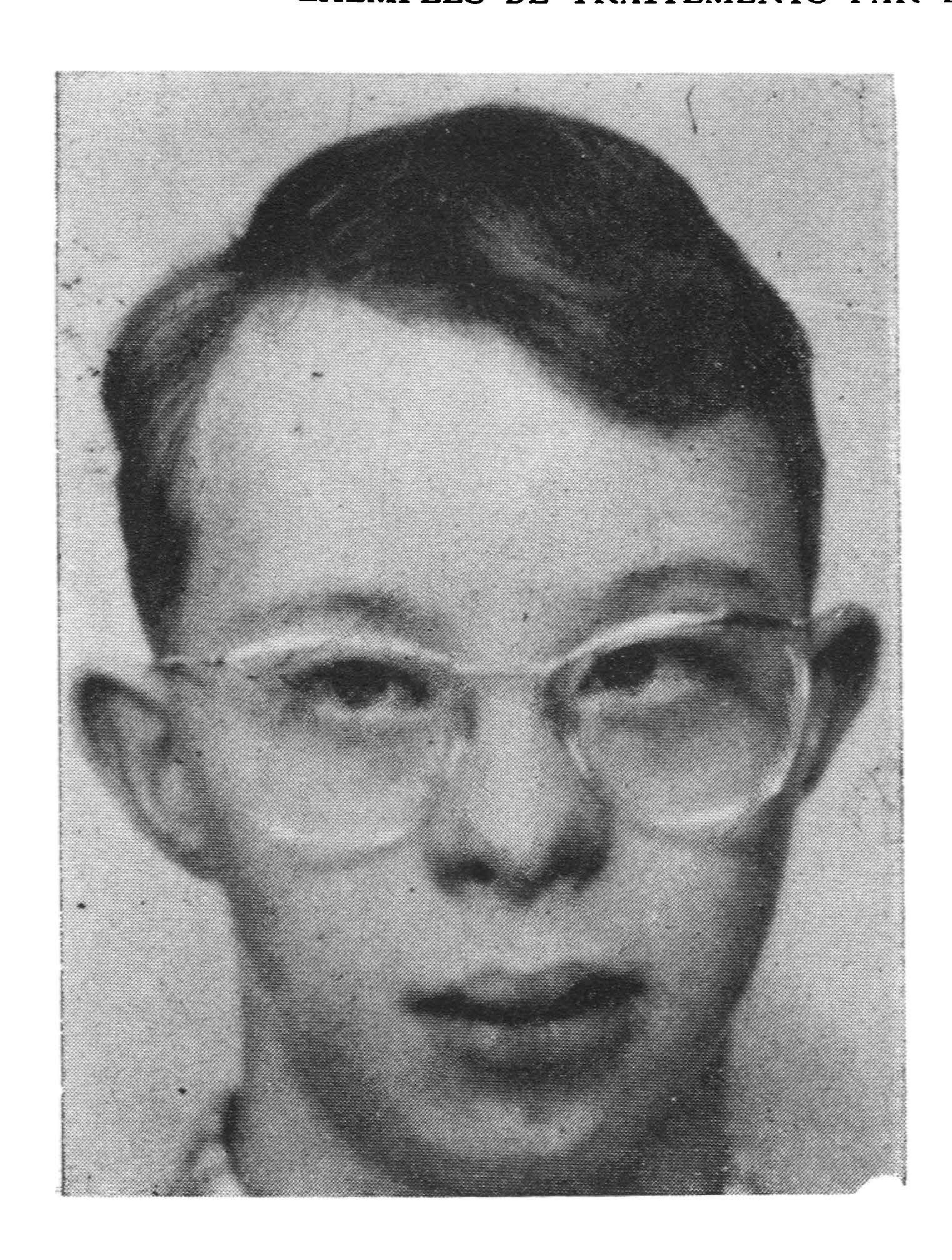


Fig. N° 40 — Obs. N° 16 — André P... en 1958.

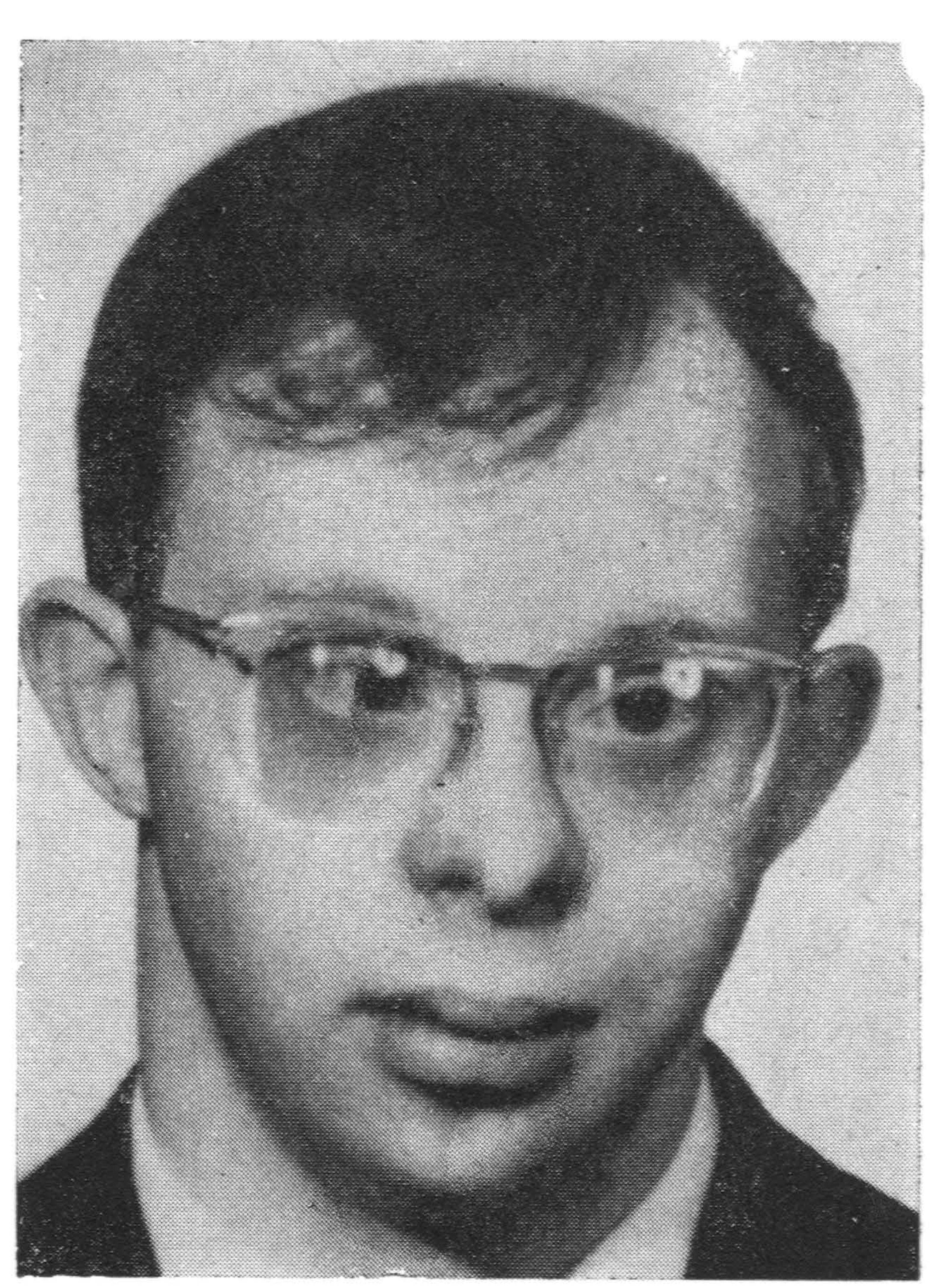


Fig. N° 41 — Obs. N° 16 — André P... en 1969.

Fig. N° 42 — Obs. N° 16 — André P... en 1970. Avec sa médaille d'argent.

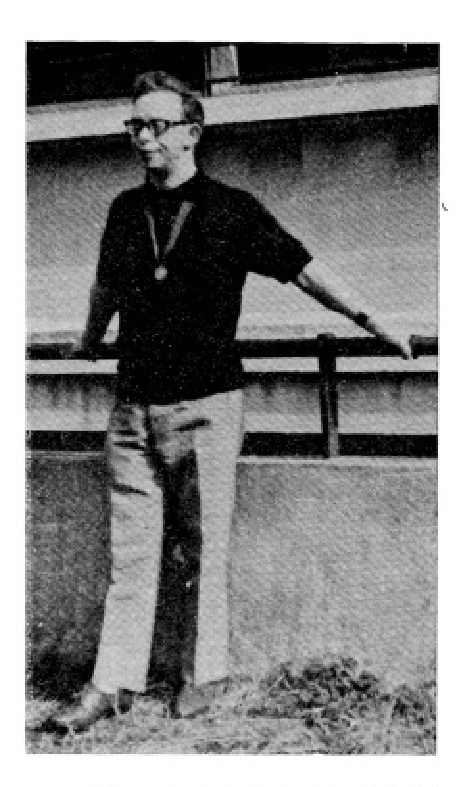


Fig. N° 43 — Obs. N° 16.
Spécimen de l'écriture d'André P... (début 1971).

Je viens vous présenter tous ~~mes~~ meilleurs voeux pour l'année 1971 avec beaucoup de bonheur ainsi qu'à Madame Sal

Avec mes meilleurs voeux

André [redacted]

Pendant ces quinze années également, le jeune André P... a suivi les cours du Centre médico-pédagogique du Docteur HOFFER d'abord, et les a poursuivis ensuite à l'Institut médico-professionnel de la même organisation.

Les acquisitions, tant scolaires que professionnelles, faites par André P... (tant à l'école qu'à l'atelier dirigé existant dans le cadre des instituts ci-dessus indiqués) peuvent être qualifiées d'excellentes : en 1966, André P... sait lire, écrire, calculer (quoique ayant quelques difficultés pour le calcul mental). Il a une inteligence plus pratique que verbale. Il a pu travailler quelques temps dans un atelier dirigé (lavage et repassage) où, en l'espace de quatre mois il est devenu « chef de table ».

Ultérieurement, il a appris à travailler des tapis et, il y a un an, il travaillait dans des ateliers de menuiserie et de céramique. Le sport n'a pas été négligé : André P... savait déjà nager en 1960. En 1970 il a participé aux « Jeux Olympiques spéciaux de Paris » et a gagné la médaille d'argent dans la catégorie 5 m nage libre.

Nous sommes heureux, à cette occasion, de dire tout le bien que nous pensons de l'Association du Docteur HOFFER et de rendre ici, un hommage sincère au dévouement manifesté par l'ensemble du personnel (direction, éducateurs, moniteurs et monitrices, etc...) à l'égard des enfants ou adolescents dont ils ont pris la charge.

Les progrès scolaires et professionnels faits par le jeune André P... sont certainement dûs à ce dévouement et aux méthodes utilisées dans les instituts ci-dessus cités.

Cependant, il est à noter, selon les observations faites par la mère du jeune André P... (qui s'est toujours occupée de son fils et l'a surveillé d'une façon digne de tous éloges), que les oligo-éléments se sont révélés indispensables. En effet, chaque fois que le traitement a été arrêté depuis un certain temps (ne fut-ce que trois ou

quatre semaines) les facultés tant physiques qu'intellectuelles ont diminué notablement et tout progrès est devenu impossible. Seule la reprise des catalyseurs a pu, à chaque fois, lever ce « blocage ».

C'est un des très rares cas où, selon l'hypothèse que nous avons émise plus haut, le traitement par les oligo-éléments n'est pas seulement « catalytique » mais également, en quelque sorte, substitutif.

Pour terminer cette observation, il nous reste à signaler que, en même temps que s'est manifesté l'amélioration intellectuelle scolaire et professionnelle, le faciès lui-même a suivi une évolution parallèle.

Les photographies ci-jointes, montrent André P... en 1955 (avant le début du traitement) et ensuite son évolution progressive au cours des années 1956, 1958, 1969 et 1970. La dernière photo représente un spécimen de son écriture, au début 1971.

ANNEXE N° 1

Type d'interrogatoire orienté vers l'établissement d'un diagnostic diathésique

Nous signalons d'emblée que ceci n'est qu'un schéma que nous avons l'habitude d'employer car il suit, sur le plan séméiologique, les éléments pouvant attirer l'attention vers l'une ou l'autre des diathèses. Ce schéma découle directement du plan que nous avons utilisé pour établir le « tableau synoptique » que l'on trouvera en annexe n° 3.

Il est à peine nécessaire de préciser que nous ne nous servons de cet interrogatoire que si nous avons en face de nous un malade qui nous paraît atteint d'une maladie fonctionnelle.

Si nous avons affaire à un sujet qui a une fièvre élevée et un point de côté, ou encore à un malade qui présente des rougeurs faisant penser à une maladie éruptive, il est évident que nous n'allons pas chercher une maladie fonctionnelle. Nous resterons dans ces cas-là (ou d'autres du même genre) dans le cadre de l'examen classique que nos confrères connaissent bien. Rien n'empêchera d'ailleurs, une fois le diagnostic établi, d'ajouter, si on le juge utile, les catalyseurs oligo-métalliques au traitement habituel, dans le but de renforcer les réactions propres au terrain du malade. Ainsi, dans le cas d'une tuberculose, par exemple, en plus de l'association habituelle des trois médications spécifiques (antibiotiques et chimiothérapiques) indiqués par l'état du malade et par l'antibiogramme, il sera utile de prescrire « Manganèse-cuivre » ou « Cuivre-or-argent » (ou

les deux), sans avoir eu besoin d'utiliser l'interrogatoire schématique que nous allons indiquer plus loin.

Ceci étant précisé, voici l'interrogatoire type dont nous nous servons en médecine fonctionnelle :

— Qu'est-ce qui ne va pas ?
— Depuis quand avez-vous ces troubles ?
— Avez-vous d'autres choses à me signaler ?
— Enumérez-les moi, « en gros » et nous tâcherons de les préciser par la suite.
— Si c'est tout ce que vous aviez à me signaler, je vais vous poser maintenant toute une série de questions, dans un ordre qui me permettra d'ailleurs, au passage, d'envisager les détails de ce que vous m'avez signalé.
Voici ces questions :
— Etes-vous fatigué ?
— Si oui : êtes-vous plus fatigué le matin ou le soir ?
— Si non : vous sentez-vous plus « en forme » le matin ou le soir ?
Si le malade n'arrive pas à déterminer si son rythme biologique est « du matin » ou « du soir » :
Si vous aviez un travail particulier à effectuer, préféreriez-vous, pour le faire, vous réveiller une heure plus tôt le matin, ou vous coucher une heure plus tard ?
— Après une activité *physique* (ou un sport) vous sentez-vous fatigué ou plutôt « défatigué » ?
— Après un effort physique, avez-vous du mal à récupérer ?
— S'il s'agit d'un enfant : lui arrive-t-il de se coucher (même par terre) s'il est fatigué ou s'il rentre de classe ? Ou encore : joue-t-il de préférence couché par terre ?
— Avez-vous, dans la journée, en fin de matinée ou d'après-midi l'impression d'une chute de poten-

tiel, d'un « coup de pompe » brusque ? Est-ce que cela va mieux si vous mangez ou si vous buvez quelque chose ?

— Avez-vous des douleurs ?
— Si oui, sont-elles « fixes » ou est-ce qu'elles changent souvent de localisation ?
— Etes-vous sujet aux maux de tête ?
— Si oui : souffrez-vous devant, derrière la tête, toute la tête ou seulement la moitié (gauche ou droite) ?
Ces maux de tête (surtout les céphalées hémicraniennes) sont-ils accompagnés ?
    — de nausées
    — de vomissements
    — de troubles de la vue (scotomes, photophobie) ?
— Etes-vous sujet à l'urticaire ou à l'œdème de Quincke ?
à l'eczéma ?
à l'asthme ?
au rhume des foins ?
— En cas d'asthme :
Souffrez-vous d'asthme tout le temps ou cela varie-t-il avec les saisons ou encore avec l'endroit (géographique ou climatique) où vous vous trouvez ?
Entre les crises d'asthme, persiste-t-il un fond bronchitique continu, ou y a-t-il des périodes libres dépourvues de toute gêne respiratoire ?
— Etes-vous fragile des bronches ? Toussez-vous tous les hivers ? par courtes ou longues périodes ? Faites-vous des bronchites à répétition ?
— Avez-vous jamais eu pleurésie ou pleurite ?
— Avez-vous jamais eu une quelconque atteinte tuberculeuse ?
— Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant

contracté la tuberculose (même « accidentellement ») ?
— Y a-t-il dans votre famille des rhumatisants, des arthritiques, des gens souffrant de douleurs, d'hypertension (ou hypotension) artérielle ?
— Y a-t-il eu dans votre famille des cas de décès par « congestion cérébrale » ?
— Vos parents sont-ils en vie ? (s'ils sont décédés : quelle est la cause de leur décès ?)
— Vous tordez-vous facilement les chevilles ?
— Avez-vous bon appétit à table ou plutôt des « fringales » en dehors des repas ?
— Digérez-vous bien ? ou les digestions sont-elles longues, pénibles ?
— Etes-vous ballonné après les repas ?
— Avez-vous sommeil après les repas ?
— Allez-vous bien à la selle ? Sinon : y a-t-il diarrhée ou constipation ?
— Avez-vous (ou avez-vous eu) des périodes d'alternances : tantôt diarrhée, tantôt constipation ?
— Souffrez-vous de l'intestin ? Est-ce plutôt à gauche ou plutôt à droite de l'abdomen ? ou encore, plutôt transversalement ?
— Est-ce que vous urinez bien ?
— Avez-vous jamais eu des crises de cystite ? ou même seulement des douleurs ou des brûlures en urinant (ou après avoir fini d'uriner) ?
— Chez l'enfant : est-il « propre » ? Si oui, à quel âge l'est-il devenu ?
— Chez l'adulte : avez-vous quelque chose à me signaler sur le plan sexuel ?
— Chez la femme et suivant l'âge : êtes-vous bien réglée ? Régulièrement ? tous les combien de jours ? pendant combien de jours ? combien de fois par jour devez-vous vous changer ?
— Sentez-vous parfois (particulièrement en fin de

journée ou par temps chaud et lourd) une « pesanteur » dans les jambes ?

— Est-ce que vos pieds ou chevilles enflent le soir ?

Est-ce que vous avez, le soir, l'impression que les chaussures vous serrent ?

— Avez-vous des engourdissements ou des fourmillements dans les mains ou dans les pieds ?

— Avez-vous des palpitations ?
Sentez-vous battre votre cœur ?

— Avez-vous des angoisses ? l'impression d'une oppression ou d'une striction thoracique ? ou à la base du cou ? ou dans le creux de l'estomac ? Sentez-vous une boule dans la gorge ?

— Avez-vous tendance à accorder à vos problèmes ou à vos soucis plus d'importance qu'ils n'en ont en réalité ?

— Avez-vous parfois (ou souvent) des « paniques », des peurs irraisonnées ?

— Avez-vous l'impression d'une baisse de vitalité ? de l'énergie, du dynamisme, de l'envie d'entreprendre ? Sentez-vous comme « un coup de vieux » ?

Avez-vous moins envie de vous occuper des autres et de vous-même ?

Pour une femme : êtes-vous moins coquette ?

Avez-vous moins envie de vous acheter des vêtements neufs ?

— Etes-vous nerveux ?

. crispé ou tendu ?
. irritable ? (même « en dedans »)
. agressif ?
. émotif ? avez-vous le « trac » ?
. susceptible ?
. anxieux ?

. optimiste ou pessimiste ? (ne pas confondre pessimisme et anxiété : faire préciser)

— Avez-vous parfois le « cafard » ?

— Lorsque vous avez le « cafard », qu'est-ce qui prédomine ?

— des envies de pleurer, parfois même sans raison ?

— ou un désintérêt ou même un dégoût de tout ? Trouvez-vous l'existence sans intérêt ? Trouvez-vous que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?

— vous est-il arrivé de souhaiter mourir ? Avez-vous jamais fait une tentative dans ce sens ?

— ou, au contraire, avez-vous peur de la mort ?
S'il s'agit d'un enfant, demander aux parents :
  — Est-il triste ?
  — Aime-t-il la compagnie de ses camarades ou préfère-t-il rester seul, dans sa « tour d'ivoire » ?
  — Parle-t-il de choses tristes : de morts, d'enterrements, etc... ?

— Avez-vous bonne mémoire ? Sinon, oubliez-vous les choses récentes ou les événements anciens ?

— Pouvez-vous vous concentrer normalement sur votre travail ? sur une lecture ?

— Avez-vous à me signaler un événement ou une affection que vous auriez eue et dont nous n'avons pas parlé ?

— Vous a-t-on fait récemment des analyses du sang ou des urines ? Pour quelles raisons ? Si vous en avez les résultats avec vous, voulez-vous me les montrer ?

Certes, cet interrogatoire peut paraître long et difficilement applicable par le médecin surchargé de travail et soumis aux contraintes de l'exercice médical actuel.

Nous avons montré, au début de ce chapitre, que certaines affections ou certains symptômes majeurs per-

mettent d'abréger ou même de rendre inutile un tel questionnaire.

Quant aux autres cas, avec un peu d'expérience et d'habitude, en sachant maintenir le malade dans le cadre du sujet, cet interrogatoire peut être mené, sans trop de difficultés, dans des limites de temps acceptables, tout au moins pour un médecin qui désire approfondir l'étude de son malade.

ANNEXE N° 2

**Diagrammes représentant les valeurs
que peuvent prendre le pH et le rH^2
suivant les diathèses, par comparaison
aux valeurs théoriques chez le sujet normal**

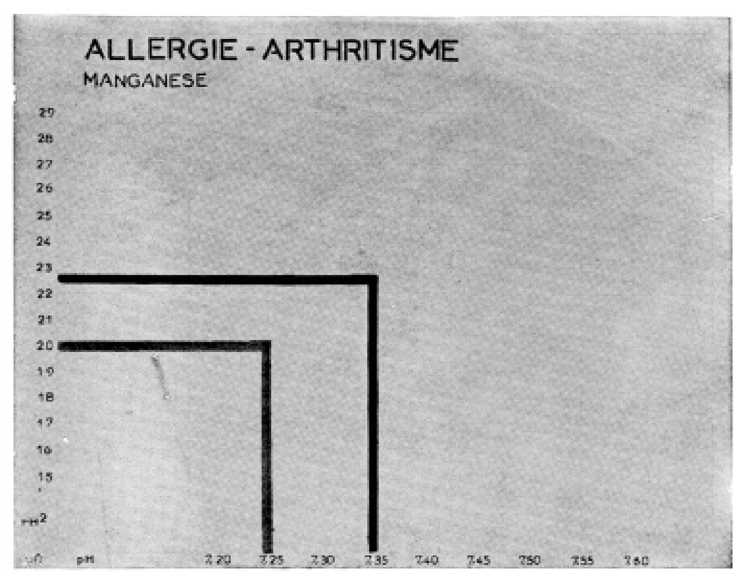


Fig. N° 44 — Annexe N° 2. Acidité et réduction.

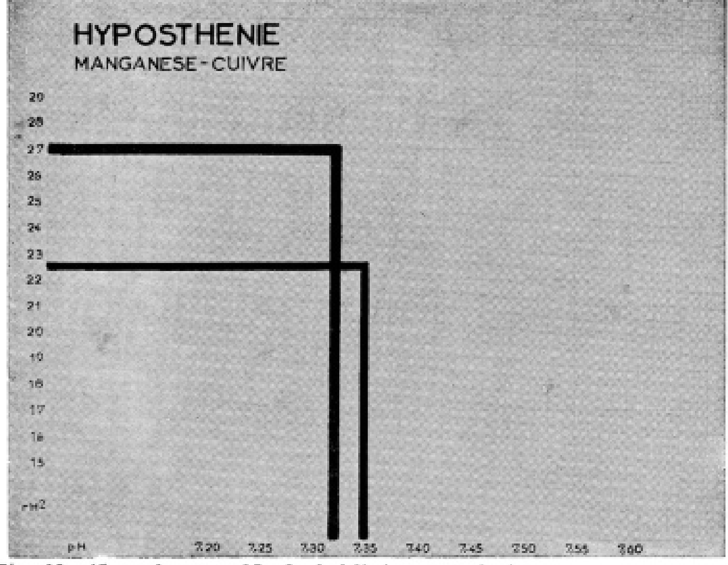


Fig. N° 45 — Annexe N° 2. Acidité et oxydation.

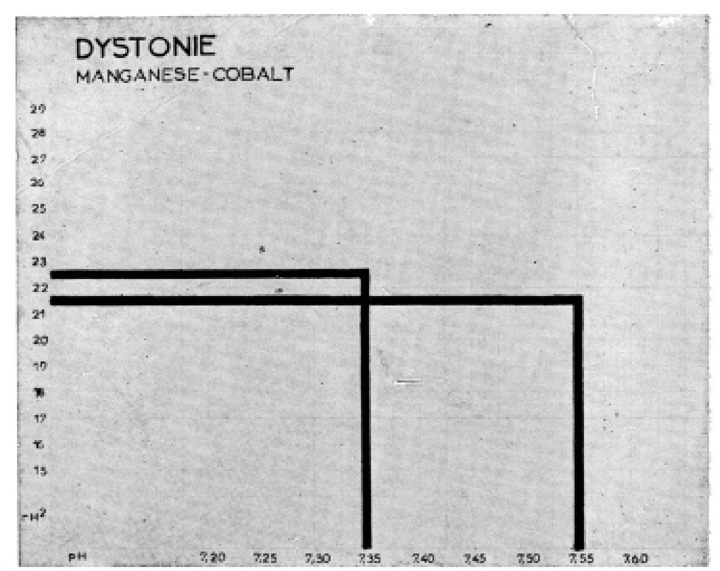


Fig. N° 46 — Annexe N° 2. Alcalinité et réduction.

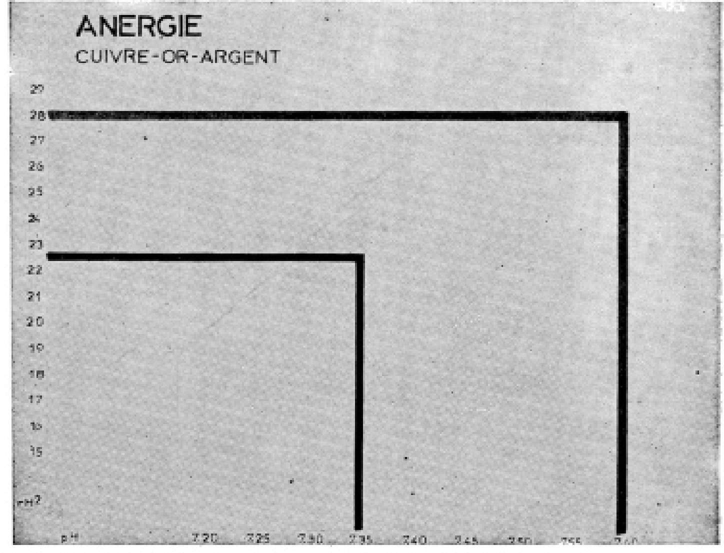


Fig. N° 47 — Annexe N° 2. Alcalinité et oxydation.

ANNEXE N° 3

Tableau synoptique de quelques maladies ou syndromes situés dans leur cadre diathésique

QUELQUES MALADIES OU SYNDROMES SITUÉS DANS LEUR CADRE DIATHÉSIQUE

Les Maladies selon l'appareil ou la fonction	Arthritique ou Allergique	Hyposthénique	Dystonique	Anergique	Syndrome de désadaptation
Etat général	— Asthénie paradoxale du matin — Amélioration par activité physique	— Asthénie vespérale — Fatigabilité physique	— Asthénie globale	— Baisse générale de la vitalité — Asthénie permanente	— Asthénie cyclique — Crises hypoglycémiques
Affections de type allergique	— Migraines allergiques — Urticaires — Certains eczémas — Certains asthmes — Certains coryzas saisonniers	— Certains eczémas — Certains asthmes	— Certains urticaires — Certains coryzas périodiques — Certains eczémas à participation neuro-végétative	— Eczémas infectés	
Affections rhumatologiques	— Algies erratiques — Poussées d'arthrite aiguë	— Rhumatismes chroniques, déformants — Certaines algodystrophies — Polyarthrite rhumatoïde	— Arthroses — Certaines algoneuro-dystrophies — Certaines formes de goutte	— Rhumatismes dégénératifs et évolutifs graves — Arthroses — Polyarthrite évolutive — Certaines formes de goutte	

Les Maladies selon l'appareil ou la fonction	QUELQUES MALADIES OU SYNDROMES SITUÉS DANS LEUR CADRE DIATHÉSIQUE				
	Arthritique ou Allergique	Hyposthénique	Dystonique	Anergique	Syndromes de Désadaptation
Affections respiratoires récidivantes ou chroniques	— Certaines rhinites allergiques	— Fragilité respiratoire : rhinites, rhinopharyngites, trachéites, bronchites	— Certaines toux nerveuses (en particulier autour de la période ménopausique)		
Affections gastro-intestinales		— Entérocolite chronique — Colite gauche — Colite transverse — Sigmoïdite — Rectocolite	— Gastrite — Ulcus (surtout duodénal) — Colite droite	— Rectocolite hémorragique	— Aérogastrie — Aérocolie
Troubles urinaires		— Cystites récidivantes	— Cystalgies non microbiennes — Certains troubles de l'élimination uréique		— Enurésie
Troubles génitaux	— Régles abondantes — Règles douloureuses	— Règles peu abondantes (Hypoménorrhée et oligoménorrhée)	— Hyperménorrhée — Etats fibromateux de l'utérus — Certaines impuissances		— Oligoménorrhée — Hypoménorrhée — Certaines frigidités — Certaines impuissances — Cryptorchidies

Les Maladies selon l'appareil ou la fonction	QUELQUES MALADIES OU SYNDROMES SITUÉS DANS LEUR CADRE DIATHÉSIQUE				
	Arthritique ou Allergique	Hyposthénique	Dystonique	Anergique	Syndromes de Désadaptation
Troubles cardio-vasculaires	— Palpitations — Tachycardies (surtout émotives) — Hypertension fonctionnelle		— Oppression thoracique — Algies précordiales anginoïdes — Hypertension fonctionnelle instable — Syndrome de Raynaud — Varices — Hémorroïdes — Lourdeur des jambes — Certains oedèmes des membres inférieurs — « Restless legs » (impatience des jambes) — Certaines paresthésies des membres — Troubles vasomoteurs menopausiques		

Les Maladies selon l'appareil ou la fonction	QUELQUES MALADIES OU SYNDROMES SITUÉS DANS LEUR CADRE DIATHÉSIQUE				
	Arthritique ou Allergique	Hyposthénique	Dystonique	Anergique	Syndromes de Désadaptation
Troubles endocriniens	— Certaines dysthyroïdies (à type hypo ou hyper)	— Certaines dysthyroïdies (à type hypo)			— Certains troubles hypophysaires, surrénaliens ou pancréatiques
Syndromes infectieux		— Adénites — Pleurites — Tuberculoses : * pulmonaires * intestinales — Coqueluche		— Staphylococcies rebelles et récidivantes — Ostéomyélites — Tuberculoses : * osseuse * ganglionnaire * séreuse * viscérale * méningée * granulie pulmonaire	
Comportement intellectuel	— Troubles de la mémoire	— Troubles de l'attention — Fatigabilité intellectuelle	— Troubles de la mémoire — Amnésie antérograde		

QUELQUES MALADIES OU SYNDROMES SITUÉS DANS LEUR CADRE DIATHÉSIQUE

Les Maladies selon l'appareil ou la fonction	Arthritique ou Allergique	Hyposthénique	Dystonique	Anergique	Syndromes de Désadaptation
Comportement psychologique	— Emotivité — Irritabilité — Agressivité — Trac — Dynamisme — Esprit d'entreprise — Optimisme	— Instabilité — Susceptibilité — Pessimisme	— Hyperémotivité — Angoisses — « Pleurer spasmodique » — Hypersensibilité aux bruits — Irritabilité — Impatience à l'égard de l'entourage — Tendance à amplifier l'importance des événements ou des soucis	— Désintérêt général — Sentiment d'absurdité de l'existence — Envies de mourir pouvant aller jusqu'aux tentatives de suicide	— Psychisme cyclique
Antécédents familiaux	— Allergies — Rhumatismes non évolutifs, non déformants	— Tuberculose — Rhumatismes déformants	— Troubles cardio-vasculaires	— Névroses ou psychoses	— Diabète

— XX —

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

M. Astier-Dumas, J. Rigal, J.Y. di Marco et H. Gounelle de Pontanel : Normalisation du tracé électro-myographique chez les spasmophiles par l'injection intraveineuse de Magnésium à très faible dose. — 1er Symposium international sur le déficit magnésique en pathologie humaine. Vittel 1971 — Volume des Communications et discussions sous la direction de J. Durlach, Edité par la Société Générale des Eaux Minérales de Vittel 1973.

D. Bertrand et A. Goudot : Les oligo-éléments, Presses Universitaires de France. Collection « Que sais-je ? », 1962.

N. Boutoroff : Etude des variations physiopathologiques de la cuprémie et de leurs applications en clinique humaine, Thèse, Paris, 1958.

G. Chazot, Y. Fournis, M. Eysette : Lithium et troubles de l'humeur (Revue générale), Lyon Médical, 1971 — 255 — 6.

G. Chazot, M. Eysette, Y. Fournis, G. Aimard et M. Devic : Le gluconate de lithium dans les troubles de l'humeur. Premiers résultats. Orientation actuelle. Soc. Neuropsych. Sud-Est, Lyon, 22 janvier 1971.

G. Chazot, M. Eysette, Y. Fournis, G. Aimard et M. Devic : Effet thymoanaleptique remarquable du gluconate de lithium dans les états mélancoliques récidivants. La Presse médicale, 20 mars 1971, 79, n° 14.

Pr. A. Delaunay : La notion de terrain en microbiologie.

O. Delzant : Etude clinique de quelques oligo-éléments en Revue de médecine fonctionnelle, 1970.

dermatologie. Gazette médicale de France, tome 78, n° 36, 26 novembre 1971.

Pr. G. DREYFUS : La fin de la médecine libérale ? (Dossier « Médecins de l'an 2 000 »), Tonus n° 505, 27 mars 1972.

J. DURLACH, M.L. CORDIER, J.G. HENROTTE : Les formes neuromusculaires du déficit magnésique en pathologie humaine. 1[er] Symposium international sur le déficit magnésique en pathologie humaine — Vittel 1971 — Volume des Communications et discussions, Edition S.G.E.M.V. Vittel 1973.

J. DURLACH : Déficit Magnésique et terrains morbides. Revue de Médecine Fonctionnelle, 1973.

J.-J. GOUPIL : Contribution à l'étude des dérivés fluorés. Thèse de Pharmacie, Strasbourg, juillet 1955.

A. JACQUELIN : Quelques réflexions suscitées par la thérapeutique contemporaine. Revue de médecine fonctionnelle, 1971.

C.L. KERVRAN : Transmutations biologiques, 1963, Maloine Edit.

C.L. KERVRAN : Transmutations à faible énergie, 1964, Maloine Edit.

Pr. H.P. KLOTZ : Le fonctionnel c'est de l'organique. Revue de médecine fonctionnelle, 1971.

D.E. KOSHLAND : Symposium de biochimie de Riga, compte-rendu : Ovale, N° 161, 20, 26 septembre 1970.

Pr. M. LAMY : Tempérament et prédispositions aux maladies, 1970, Hachette Edit.

P. LARVOR, J. DURLACH : Relation entre Magnésium et nutrition. — 1[er] Symposium international sur le déficit magnésique en pathologie humaine — Vittel 1971 — Editions du Symposium — S.G.E.M.V. Vittel 1973.

B. L.-S. : Compte-rendu des journées scientifiques sur le thème « Oligo-éléments et nutrition », (15-18 mars 1971). Quotidien du médecin, 17 et 19 mars 1971.

xxx : Oligo-éléments : utiles ou nocifs, Ovale, N° 127, 16-22 novembre 1969. (D'après « Spectrum international »).

P. MASSIAS : Diagnostic de la polyarthrite chronique évolutive. Conférence d'E.P.U., Hôpital Broussais, 18 février 1970.

J. MENETRIER : Considérations sur la réceptivité aux maladies. Médaille d'or de thèse, prix Bouloumié, Vigot, 1939.

J. MENETRIER : Considérations sur l'utilisation de la physique nucléaire en biologie expérimentale.
Revue de pathologie générale et comparée, N° 650 et 651, juillet et octobre 1953.

J. MENETRIER : Introduction à la médecine fonctionnelle, 1954, Pacomhy Edit.

J. MENETRIER : Rapport des mesures de pH, d'oxydo-réduction et de mobilité ionique avec les diathèses et les effets catalytiques.
Revue de pathologie générale et de physiologie clinique, n° 686, mars 1957.

J. MENETRIER : Les Diathèses, 1958, Le François Edit.

J. MENETRIER : La médecine. Bilan du fantastique. Planète n° 2, décembre 1961, janvier 1962.

J. MENETRIER : Prévision et prévention en médecine fonctionnelle, XIe journée d'hygiène et de santé bucco-dentaires, Paris, 1966.

J. MENETRIER : Introduction à un psycho-physiologie expérimentale, 1967, Le François Edit.

J. MENETRIER : La médecine des fonctions. Revue de médecine fonctionnelle, 1967.

J. MENETRIER : Médecine des fonctions, oligothérapie. Tonus n° 387, 22 septembre 1969.

J. MENETRIER : La médecine en mutation. Collection « Mutations, orientations ». Castermann Edit.

C. MEUNIER : L'Amétallose enzymatique. Contribution à l'étude du concept d'enzymopénie fonctionnelle par déficit cationique. Thèse, Toulouse, 1970.

R. MOULIAS et C.N. MULLER-BERAT : Immunogénétique et susceptibilité à l'infection : Nouveaux aperçus sur la notion de « terrain » en pathologie infectieuse. Presse médicale 72, n° 5, 28 janvier 1970.

H. PICARD : Allergie et anergie. Traitement catalytique (Travail du Centre de Recherches Biologiques) monographie des médicaments français. Supplément des Fiches Médicales, N° H.S., 1959.

H. PICARD : Deux ans d'expérimentation des gluconates oligo-métalliques dans la polyarthrite chronique évolutive. Ouest Médical, 13e année, N° 2, 25 janvier 1960.

H. PICARD : Thérapeutique de terrain par oligo-éléments catalyseurs dans les maladies rhumatismales. (Rapport sur lest ravaux du Centre de Recherches Biologiques, Paris). Monographie des médicaments français. Supplément des Fiches Médicales, N° H.S. 1960.

H. PICARD : Effets curatifs de la modification des terrains rhumatisants par les métaux catalyseurs. Rhumatologie, tome XVII, N° 2, février 1965.

H. PICARD : Utilisation thérapeutique des oligo-éléments, 1965, Maloine Edit

H. PICARD : De la cause au traitement des rhumatismes, 1966, Maloine Edit.

H. PICARD et A. ANTONINI : Traitement médical étiologique de la coxarthrose, 1971, Maloine Edit.

M. PRETTRE : Catalyse et catalyseurs, 1961. Collection « Que sais-je ? », Presses universitaires de France.

A. ROUSSEAU : Quelques notions sur les oligo-éléments-envisagés comme catalyseurs. Gazette des Hôpitaux, N° 7, 1961.

J. ROBERT : Corrélation entre la caractériologie, la biotypologie endocrinologie et les diathèses. « Réflexions d'un cancrologue », Cahiers de biothérapie, 6e année, N° 23, septembre 1969.

J. SAL : Principes généraux d'oligothérapie. Conférence, Paris, 1956.

J. SAL : Les trois diathèses « princeps ». Conférence, Paris, 1956.

J. SAL : L'anergie, le syndrome de désadaptation, les oligo-éléments à tropisme particulier. Conférence, Paris, 1956.

J. SAL : Dix-huit ans d'application des catalyseurs métalliques en médecine humaine : réflexions et conclusions. Colloque sur « la Médecine Fonctionnelle et les possibilités de traitement par les oligo-éléments ». Montreux, 1964.

J. SAL : Applications pratiques des oligo-éléments catalyseurs en médecine humaine. Indications et résultats. XIe journée d'hygiène et de santé bucco-dentaire, Paris, 1966.

J. SAL : Intervention à la « Table ronde sur les céphalées », (Centre de Recherches médico-biologiques). Compte-rendu par D. GAUSSEN. Tonus n° 349, 4 novembre 1969.

J. SAL : Place des oligo-éléments en pratique rhumatologique, Société médicale des praticiens, séance du 29 décembre 1968.

J. SAL : Acné rosacée traitée par les oligo-éléments catalyseurs, La Clinique, tome LVI, n° 677, septembre 1971.

J. SAL : Rapports entre acupuncture et thérapeutique catalytique. L'Acupuncture, 7e année, N° 27, janvier-février-mars 1971. Nouvelle revue internationale d'acupuncture, 6e année, N° 22, octobre-novembre-décembre 1971.

J. SAL : Les oligo-éléments catalyseurs, rapports avec les autres thérapeutiques. L'Homéopathie Française, 63e année, N° 4, Avril 1975, pp. 201-219.

J. SAL : Les oligo-éléments catalyseurs, leur place en thérapeutique. Gazette Médicale de France, Tome 82, N° 28, 26 septembre 1975, pp. 3275-3282.
63e année, N° 4, avril 1975, pp. 201-219.

H.A. SCHROEDER and A.P. NASON : Trace-Element analysis in Clinical chemistry, Clinical chemistry, 17, 461, (1971).

Pr. H. SELYE : Les maladies pluricausales. Revue de médecine fonctionnelle, 1967.

D. SENN : Symposium sur la catalyse biologique. Bolletino dei Medici della Svizzera italiana, novembre 1959.

F. THOREL : Initiation à la thérapeutique par les oligo-éléments, Archives médico-chirurgicales de Normandie, n° 66, mars 1957.

L. Cl. VINCENT : Bioélectronique. Revue de pathologie comparée, 1956, n° 676 et 677.

TABLE

ACHEVÉ D'IMPRIMER PAR LES
PRESSES DU PALAIS ROYAL
65, rue Sainte-Anne, PARIS
Troisième trimestre 1980
Numéro d'édition : 1383
Numéro d'impres. : 7499